

«Den aldrende LAR pasienten»

*En studie om eldre personer i
legemiddelassistert rehabilitering.*

Hege Tollefsen Nyhagen



Masteroppgave i psykososialt arbeid –
selvmord, rus, vold og traumer,
Institutt for klinisk medisin,
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2014

«Jeg er kanskje litt slow going forward, men så har jeg kommet dit nå da!»

Informant

© Hege Tollefsen Nyhagen

2014

Den aldrende LAR pasienten- en studie om eldre personer i legemiddelassistert rehabilitering

Hege Tollefsen Nyhagen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Opioidavhengige i Norge har fått tilbud om substitusjonsbehandling i 16 år. De første som fikk denne behandlingen begynner nå å bli eldre og samtidig ses en økning i andel eldre personer som starter opp i behandling (Waal, 2013). Det har de siste årene blitt mer fokus på rusmiddelavhengighet hos eldre, men i hovedsak dreier det seg om alkohol- og pilleavhengighet. Litteraturen er sparsom hva gjelder eldre opioidavhengige og spesielt eldre LAR pasienter.

Denne oppgaven har som formål å fremskaffe økt kunnskap om eldre pasienter i LAR. Metoden er tredelt: litteraturgjennomgang, antalls- og andelsberegning og dybdeintervju av LAR pasienter over 58 år.

Litteraturgjennomgangen viser at det er gjort få studier om LAR og aldring og at hovedvekten av forskningen er fra USA. Ingen studier er fra Norge eller Norden og få studier inneholder kvalitativt materiale. Litteraturen som ble identifisert, forteller om en aldrende gruppe pasienter i substitusjonsbehandling. Deres helseproblemer tilsvarer de eldste eldre i normalbefolkningen, og gruppen har en økt forekomst av depresjoner sammenliknet med yngre pasienter i substitusjonsbehandling og sammenlignet med alderslike grupper i normalbefolkningen. Til tross for identifisering av økt hjelpebehov, er studier om behandling nær sagt fraværende og kun to kvalitative studier ble funnet.

Tall fra den årlige statusrapporten viser at andelen LAR pasienter i Norge over 50 år har fordoblet seg fra 2006 og fram til 2012. Ut i fra predikasjonen gjort i denne oppgaven vil samme pasientgruppe være tredoblet i 2018 sammenlignet med tall fra 2006. Antall eldre pasienter vil påvirkes av utviklingen i den totale LAR populasjonen, men på grunn av usikker utvikling er det foretatt en antallsberegning ut i fra tre tenkelige scenarioer. Uansett utfall vil LAR pasienter over 50 år utgjøre et betydelig antall. Allikevel vil fordelingen i kommunene være for lite til å iverksette særskilte tiltak, men mulig med unntak av TBS og kommunalt tiltak tilknyttet LAR.

Resultatene fra den kvalitative delen viser at beretningene lar seg fordele i tre kategorier: «Å begynne å bli eldre- forandringene», «Ønske om å avslutte LAR» og «Tanker om hjelpeapparatet». Til tross for økt sykkelighet, forteller informantene om håp for fremtiden og et ønske om å være til nytte for samfunnet, familien og venner. Informantene er stort sett fornøyde med somatisk behandling fra fastlege og spesialisthelsetjeneste. Derimot opplever de fleste å

ikke bli hørt hva gjelder deres behov i forhold til LAR behandlingen. For fire av fem dreier dette seg om hjelp til å avslutte LAR behandlingen. Opplevelser i retning av depresjon og isolasjon beskrives av de fleste informantene og tanker rundt temaet er alle opptatt av.

Til sammen viser disse resultatene at vi trenger mer kunnskap om de eldre LAR pasientene som vil utgjøre en betydelig del av den totale LAR populasjonen i fremtiden. Spesielt ser det ut til at det er behov for bedre tjenester innen psykisk helse og LAR som er tilrettelagt og tilgjengelige for de eldre LAR pasientene.

Forord

Denne oppgaven er et resultat av et masterprogram i Psykososialt arbeid- selvmord, rus, vold og traumer ved UiO. Studieretningen jeg har tatt er «Rus- og avhengighetsproblematikk» der Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) har hatt hovedansvaret for det faglige innholdet.

Det er flere jeg vil takke som på forskjellig vis har bidratt positivt til denne oppgaven. Først og fremst vil jeg takke Helge Waal som er en fleksibel, smart og interessert veileder. Marianne Riksheim vil jeg takke for hjelp og veiledning med den kvantitative delen av oppgaven. Jeg vil også rette en takk til SIRUS biblioteket for hjelp med litteratursøk. Arbeidsgiver vil jeg takke for tilrettelegging under studiet- spesielt vil jeg takke avdelingsleder og kollegaer for tålmodighet og fleksibilitet i perioder med skole og som har vist interesse for oppgavens tema. Jeg vil også takke rettes Tone Marte Losjå og Kristian Ruge Bjerke som tok seg tid til å lese deler av oppgaven og gi meg gode tilbakemeldinger. Min samboer, Øystein, fortjener stor takk for støtte og hjelp med oppgaven og ungene mine for å ha gitt meg tvungne og verdifulle pauser. Medstudentene ved Kull 2 fortjener også en stor takk for inspirasjon, støtte og humor- felles skjebne, felles trøst. Sist, men ikke minst, vil jeg takke informantene som har bidratt med sine historier, opplevelser og erfaring. Disse samtalene har vært den hyggeligste delen av arbeidet.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
1.1 Hensikt og nytteverdi	2
1.2 Oppgavens oppbygning	2
2 Studiens hovedområder	3
2.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) I Norge.....	3
2.1.1 Historisk tilbakeblikk på LAR i Norge	3
2.1.2 Hvem er den norske LAR pasienten?.....	4
2.2 Alder og aldring	4
2.3 Helse	5
3 Litteraturgjennomgang	7
3.1 Metode	7
3.2 Resultater	9
3.2.1 Helseproblemer	10
3.2.2 Behandling	12
3.2.3 Sosial støtte	13
3.2.4 Illegal rusbruk	13
3.3 Oppsummering	13
4 Kvantitativ del	15
4.1 Metode	15
4.2 Resultater	16
4.3 Diskusjon	18
5 Kvalitativ del	20
5.1 Metodologisk ståsted	20
5.2 Teoretisk referanseramme	21
5.2.1 Maslows behovsterori	21
5.2.2 Eriksens stadieteori	22
5.3 Forskningsloggen.....	23
5.4 Utvalg	23
5.5 Datainnsamling	24
5.5.1 Rekruttering.....	24
5.5.2 Intervjuet	24

5.5.3	Transkribering	25
5.6	Etiske betraktninger	26
5.7	Analysen	27
5.7.1	Analysenivå	27
5.7.2	Helhetsinntrykk og foreløpige temaer	27
5.7.3	Kodegrupper og identifisering av meningsbærende enheter	27
5.7.4	Subgrupper og kondensering	28
5.7.5	Analytisk tekst- en sammenfatning	29
5.8	Resultater	29
5.8.1	Å begynne å bli eldre- forandringene	30
5.8.2	Å avslutte LAR	35
5.8.3	Hjelpeapparatet- erfaringer og tanker om forbedring	38
5.9	Diskusjon	42
5.9.1	Eldre LAR pasienters behov	42
5.9.2	Metoderefleksjon	47
5.9.3	Refleksjon over egen førforståelse	48
6	Felles oppsummerende drøfting	49
6.1	Somatikk	49
6.2	Psykiske og sosiale tiltak	50
6.3	LAR	51
6.4	Samhandlingsreformen	52
6.5	Hvilken betydning har predikasjonen?	53
7	Konklusjon	54
	Litteraturliste	55
	Vedlegg 1: Forespørsel A	62
	Vedlegg 2: Forespørsel B	63
	Vedlegg 3: Intervjuguide	66

Introduksjon

Vi blir stadig eldre. Gjennomsnittets levealder er i dag 83,5 år for kvinner og 79 år for menn (Folkehelseinstituttet, 2012). I 2060 kan vi vente en levealder på gjennomsnittlig 98 år for kvinner og 90 år for menn (Keilman, Pham, 2005). Epidemiologisk forskning fra Europa og USA viser at levealderen ventes å øke også blant rusmiddelavhengige (Beynon, 2009, Blazer & Wu, 2009, Han mfl., 2009). Kohorten født mellom 1946-1964 ser i tillegg ut til å ha flere rusavhengige enn tidligere generasjoner (Patterson & Jeste, 1999).

Til tross for dette synes det å være lite systematiserte kunnskap om eldre rusavhengige og deres behov. Den generelle kunnskapen om eldre og skadelig bruk av rusmidler ser ut til å være økende, men med fokus på alkohol og piller. Eksempler finner vi fra klinikkene og media. «Retningslinjen for eldre og psykisk helse» (Gammersvik, 2013) og artikler som «Skadelig bruk av rusmidler hos eldre- et ikke tema blant fagfolk?» (Lund, 2010), «Rusmisbrukere klarer for eldrehjem» (Kvaal, 2009) og «Allsang, bingo og gudstjeneste passer ikke våre beboere» (Vossius, 2009). National kompetansesenter for «Aldring og helse» (Johansen, 2013-2016) har også et pågående prosjekt om eldre og bruk/ misbruk av alkohol og psykofarmaka. Interessen for eldre og rusproblematikk er altså økende, men med fokus på alkohol- og pillemisbruk. Kunnskapen om eldre i substitusjonsbehandling ser derimot ut til å være sparsom.

Substitusjonsbehandling har vært tilgjengelig for opioidavhengige i Norge i 16 år og fra 2001 under navnet Legemiddelassistert rehabilitering, LAR. Behandlingen er for mange livslang og de først som startet opp begynner nå å bli eldre. Norske studier viser at behandlingen fører til høyere overlevelse grunnet færre overdoser (Clausen, 2009) og bedret somatisk helse (Skeie, 2008). Dermed er det naturlig å anta at gruppen over 50 år i LAR vil øke i fremtiden.

I mitt daglige arbeid i kommunalt lavterskel helsetiltak til rusmiddelavhengige, møter vi stadig flere eldre personer i LAR. Dette er ikke en homogen gruppe, men med det til felles at de begynner å bli eldre og ser ut til å ha bekymringer rundt helsen sin. I hovedsak har disse personene vært i LAR over flere år og lever tilsynelatende stabile liv hva gjelder bolig, rus, kriminalitet og økonomi. Vi kan anta at de har «overlevd» med LAR, men vi vet lite om hvilke behov denne gruppen har. En amerikansk studie om eldre pasienter i substitusjonsbehandling konkluderer med at denne gruppen i fremtiden vil ha andre behov enn dagens behandlingssystem kan tilby (Hamilton & Grella, 2008).

Dette reiser flere spørsmål. Hva finnes av systematisert kunnskap? Hvor stor kan vi vente at gruppen med eldre LAR pasienter i Norge blir i fremtiden? Hvilke problemer og behov vil melde seg når LAR pasienten blir eldre og hvilke utfordringer kan dette medføre for hjelpeapparatet?

1.1 Hensikt og nytteverdi

Oppgavens målsetting er å bidra til økt kunnskap om noen av de vansker og muligheter som er å finne på dette feltet. Fordi kunnskapen hittil er liten og relevansen usikker, har det vært nyttig å innhente kunnskap fra flere hold. Studien vil derfor undersøke følgende spørsmål:

- (1) Hva finnes av systematisert kunnskap om aldring og substitusjonsbehandling? (Litteraturgjennomgang)
- (2) Hvor mange eldre LAR pasienter kan vi forvente i Norge i fremtiden? Hvordan har utviklingen vært de siste årene? (Kvantitativ)
- (3) Hvilke plager og behov forteller de eldre LAR pasientene om? Hvilke erfaringer har denne pasientgruppen med hjelpeapparatet? Hvilke tanker har de om fremtiden og hva mener de er gode tjenester for en aldrende gruppe i substitusjonsbehandling? (Kvalitativ)

Til sammen vil dette kunne bidra til økt kunnskap om aldring og substitusjonsbehandling og muligens gi noen implikasjoner for fremtidige tjenesters omfang og innhold og videre forskning.

1.2 Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 inneholder en redegjørelse av studiens hovedområder. Kapittel 3, 4 og 5 utgjør datamaterialet i denne oppgaven: litteraturgjennomgang, en kvantitativ del og en kvalitativ del. Hver av disse kapitlene inneholder en presentasjon av metode, datamateriale, diskusjon. Kapittel 6 består av en felles diskusjon hvor det også redegjøres for mulige implikasjoner for tiltaksapparat og fremtidig forskning. Tilslutt følger en felles konklusjon.

2 Studiens hovedområder

2.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) I Norge

Substitusjonsbehandling av opioidavhengighet har sitt utspring i USA, der behandlingsformen ble utviklet av legen Vincent P. Dole og psykologen Marie Nyswander på 1960 tallet (Helsedirektoratet, 2011). Behandlingsformen ble allment tilgjengelig i Norge i 1998 og fra 2001 under navnet Legemiddelassistert rehabilitering, LAR. Indikasjonen for igangsettelse av LAR er opioidavhengighet, normalt ifølge ICD10 eller DSMIV (LAR-forskrift, 2009).

I Norge tilbys metadon eller buprenorfin som langtids substitusjonsbehandling i LAR (LAR-forskrift, 2009). I 2012 var det registrert 7038 pasienter i LAR. I Norge organiseres behandlingen som et tre parts samarbeid mellom fastlege, kommunen og spesialisthelsetjenesten, der prinsippet om rehabilitering har stått sterkt (Waal mfl., 2013). Formålet med behandlingen er å redusere skader og overdoser, samt å øke livskvaliteten og å optimalisere den enkeltes mestrings- og funksjonsnivå (LAR-forskriften, 2009).

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er et ansvar for helseforetakene og LAR skal være en del av det ordinære tilbudet innen TSB (Waal mfl., 2013). Allikevel konkluderer statusrapporten for 2012 med at TSB er organisert på svært ulike måter og det varierer hvilken grad TSB sees som et eget spesialitetsområdet eller en underordnet del av psykiatrien.

2.1.1 Historisk tilbakeblikk på LAR i Norge

Målsettingen om et narkotikafritt samfunn har vært tydelig fra norske myndigheter fra 1960-1970 tallet (Ødegård, 2011). Det ble ansett som viktig å gripe inn med sosiale og behandlingsmessige tiltak, men strafferettslige tiltak ble sett på som det viktigste (Hauge, 2009). Mot slutten av 1970- tallet så man en økende gruppe av voksne sprøytebrukere. Disse hadde startet som unge og var blant de mest vanskeligstilte. De hadde en relativ lang misbrukskarriere bak seg med bruk av sterkere stoffer, spesielt heroin (Hauge, 2009). Det ble derfor gjort noen utprøvinger med metadonbehandling på 1970- tallet, men ble forbudt i 1976 (Fekjær, 2007). I stedet ville man bygge opp et bredere medikamentfritt behandlingstilbud (Skretting, 1997) og man var i stor grad kritisk til sykdomsforståelsen av avhengighet (Helsedirektoratet, 2011). Men selv om det medikamentfrie tilbudet var blitt utvidet, reduserte

ikke dette problemene. Den generelle forverringen i helsetilstanden blant tunge rusmiddelavhengige ble stadig forverret (Skretting, 2010) og overdosedødsfallene økte (Skretting, 2010, RusStat, 2011). Dermed ble spørsmålet om metadonbehandling aktualisert på 1990-tallet (Skretting, 2010). I tillegg hadde den såkalte “HIV-epidemien” som startet rundt 1985 satt metadon på dagsorden (Skretting 1997). I 1994 ble MIO (Metadon i Oslo) -prosjektet iverksatt og i 1998 ble substitusjonsbehandling gjort til et landsomfattende tilbud i Norge (Helsedirektoratet, 2011).

2.1.2 Hvem er den norske LAR pasienten?

Gjennomsnittsalderen i LAR behandling i Norge var i 2012 i overkant av 42 år. Nær en tredjedel av pasientene var kvinner. 75 % bodde i egen bolig. Andelen uten arbeid eller utdanning var på 80 %. 41 % var trygdet, hvor de fleste var uføretrygdet. 19 % hadde depressive symptomer. Angstsymptomer ble funnet hos i underkant av 25 %. 6 % hadde vrangforestillinger. Nesten hver tredje pasient i LAR hadde så dårlig fysisk helsetilstand at det ble vurdert til å påvirke livsførsel og livskvalitet siste fire uker. 2 % hadde opplevd en overdose siste år, mens litt under 2 % hadde forsøkt å ta livet av seg. Nær seks av ti ble vurdert å ha hatt god rusmestring de siste fire ukene, mens hver åttende hadde hatt et avhengighetspreget rusmiddelbruk. Statusrapporten for 2012 viser at få pasienter skrives ut av LAR behandling og at det er nedgang i antall nye pasienter (Waal mfl., 2013).

2.2 Alder og aldring

Kronologisk alder forteller hvor gamle folk er. Dette kan gi en indikasjon på funksjonsevne da biologiske og psykologiske egenskaper utvikler seg over tid. Dette er kanskje spesielt tydelig hos yngre mennesker og vil i større grad variere etter hvert som vi formes av forskjellige miljøer og erfaringer. Jo eldre man blir, jo mindre vil kanskje alderen fortelle noe om hvem vi er. Men alder har også en subjektiv dimensjon. Den opplevde alderen trenger ikke henge sammen med den kronologiske, og avstanden blir kanskje større i eldre år. Selvbildet er ganske stabilt og selvet kan i den forstand føles som uavhengig av alder (Daatland, 2000).

Den voksne alder kan deles i ungdomstiden, en modenhets- eller manndomsperiode og en eldre voksen alder. Ungdomstiden varer inntil 20–22-årsalderen hos kvinnen og til ca. 25 år hos mannen, mens modenhetsperioden varer til ca. 50 år. Hos kvinner markeres overgangen til den

eldre voksne alder av klimakteriet. Hos menn er denne «overgangsalderen» mindre skarpt definert, men man taler ikke sjelden om et mannlig klimakterium omkring 50-årsalderen (Daatland, 2000).

Aldring er et begrep det kan være vanskelig å definere. Begrepet refererer opprinnelig til biologien og kan i den sammenheng defineres som tiltagende funksjonstap av kroppens vev og organer med alderen (Fossum, 2013). WHO definerer «eldre» som mennesker mellom 60–74 år og «gamle» som mennesker som er 75 år og eldre (Egedal, 2013). En slik forståelse kan oppleves for lite presist, men også som for snever da psykologisk og sosial aldring utelates (Daatland, 2000).

Psykologisk aldring kan grovt sett defineres som endring i evnen til tilpasning og mestring og sosial aldring som endring i de sosiale roller og forventninger som følger alderen. Enkelte av de psykologiske og sosiale egenskapene og ferdighetene kan være stabile livet ut. Vi snakker derfor ikke nødvendigvis om tilbakegang. Balansen mellom vekst og nedbrytning, gevinst og tap, blir imidlertid mer negativ med høy alder. Aldersforløpet viser også stor variasjon fra individ og individ og mellom funksjoner og egenskaper hos den enkelte. Felles er at aldring er forandring. Følgelig kan man si at *aldring er de normale, aldersrelaterte endringene som hører til den midtre og senere delen av livet* og som omfatter individet som helhet og individets forhold til omgivelsene (Daatland, 2000).

2.3 Helse

Helse er et begrep det kan være vanskelig å definere. Allikevel har alle en intuitiv forståelse av ordet og bruker det med stor selvfølgelighet. Den semantiske betydningen knytter helse opp mot «sunnhet», «friskhet» og «velbefinnende» (Erikson, 1984). Hvilken betydning folk flest legger i begrepet er mange. Mæland (2009) oppsummerer studier fra flere land hvor hensikten har vært å undersøke folks helseoppfatning. Til tross for at begrepet er å regne som kulturelt betinget, viser det seg at forståelsen i stor grad er samsvarende. Først og fremst forstår folk flest helse på flere og til dels komplekse måter. Fravær av sykdom, velvære, styrke, funksjon og energi er gjennomgående beskrivelser av helse. Helhet og balanse fremheves som sentrale trekk. Folk flest oppfatter at helse inneholder en fysisk, psykisk og sosial dimensjon. Begrepet knyttes dermed opp til både individet og til omverden- i et gjensidig samspill. En holistisk forståelse får i dag bred støtte selv om graden av holisme kan variere (Mæland, 2009). Verdens

helseorganisasjon (WHO) definerte i 1948 helse som: *en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyter*. Denne definisjonen er i midlertid kritisert for å være naiv, men oppstod som et motstykke til den tradisjonelle biomedisinske definisjonen av helse som fravær av sykdom (Mæland, 2009). Hjort (1998) har valgt å definere helse som *evnen til å mestre og tilpasse seg livets mange vanskeligheter*". Denne definisjonen er basert på hans arbeid blant eldre i samfunnet, hvor mange som på tross av fysiske plager likevel har opplevd helsa som god. Mestring og tilpasning kan si noe om egenskaper hos individet, men også om opplevelsen av støtte og hjelp- også fra den offentlige helsetjenesten. Allikevel vil det være hensiktsmessig for praksis og politikk å definere helse på en måte som reflekterer innholdet i det offentlige tilbudet (NOU

I denne oppgaven er imidlertid hensikten å åpent undersøke eldre LAR pasienters behov og jeg finner det derfor nyttig å jobbe ut i fra en vid forståelse av helsebegrepet. En slik forståelse gir også mening da rusmiddelavhengighet anses å være et fysisk, psykisk og sosialt (helse) problem.

3 Litteraturgjennomgang

3.1 Metode

De første søkene ble gjort i samarbeid med bibliotekar ved SIRUS- biblioteket hvor databasene PsycINFO, Ovid Medline og Embase ble benyttet. Ønsket var å fange alt som hadde med substitusjonsbehandling og aldring å gjøre. Derfor søkte vi så bredt som mulig. Søkeordene for substitusjonsbehandling og aldring, som var spesielle for hver enkelt database, ble brukt. Hvilke aldersgrupper som anses som eldre varierer i litteraturen og det ble også antatt at noen pasienter kunne være «tidlig aldrende». På bakgrunn av dette ble det ikke satt noe konkret alderskriteriet til å begynne med.

PsycINFO: Søkte på alt fram til 2013. Søkeord/ kombinasjoner: Aging/ or aging in place/ or physiological aging/ or "aged (attitudes toward)"/ or "aging (attitudes toward)"/ or developmental age groups/ or developmental stages/ or generativity/ or geriatric psychiatry/ or geriatric psychotherapy/ or geriatrics/ or gerontology/ or geropsychology/ or human development/ or life changes/ or life expectancy og aged som "text word" i søk kombinert med OMT, opioide maintenance treatment, opiate substitution treatment. Dette ga 4 treff. En handlet om overdosetall og de tre andre var treff feil i forhold til forkortelsen OMT. Ingen ble vurdert som aktuelle for denne studien.

Ovid MEDLINE: Søkte på alt fram til 2013. Søkeord/ kombinasjoner: Opioide relatet disorders, methadone, opioide substitution treatment, opioide maintenance treatment og omt som "text word" i søk kombinert aged, middle aged og aging ga 28 treff hvorav 4 stykker ble vurdert som aktuelle for denne oppgaven. 10 av de resterende artiklene handlet om valg av preparat i substitusjonsbehandling. 2 handlet om smertelindring. 2 handlet om dødelighet ved drop-out og etter fengsel og 1 om drop-out generelt. 2 omhandlet kriminalitet. 4 omhandlet andre medisinske eller psykologiske problemer, men ingen av disse var aldres spesifikke. 1 omhandlet sosial støtte, men var heller ikke aldres spesifikk. 2 var om holdninger til utskriving av henholdsvis psykoaktiv medisin til psykiatriske pasienter og substitusjonsbehandling blant leger i Tsjekkia.

Embase: Søkte alt fram til 2013. Engelsk. Søkeord/kombinasjoner: Drug Addiction, opiate substitution treatment.tw. omt.tw. opioid maintenance treatment.tw., drug abuse kombinert med

aging/ or aging in place/ or physiological aging/ or "aged (attitudes toward)"/ or "aging (attitudes toward)"/ or developmental age groups/ or developmental stages/ or generativity/ or geriatric psychiatry/ or geriatric psychotherapy/ or geriatrics/ or gerontology/ or geropsychology/ or human development/ or life changes/ or life expectancy og aged. Dette ga 15 treff hvorav 2 ble vurdert som aktuelle. Av de som ikke ble vurdert som aktuelle var det 4 om buprenorfin/ naloxonbehandling, tre om rusbruk hos pasienter i substitusjonsbehandling, en om kriminalitet, en fra substitusjonsbehandlingen i Kina og en fra Nepal og tre andre faktorer som spiller inn i behandlingen. Ingen omhandlet aldring spesielt.

Deretter ble litteraturlistene gjennomgått og flere relevante studier ble funnet. Veileder for «Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre» ble også gjennomgått. I tillegg ble det gjort supplerende søk i Google Scholar med søkeord som hadde gått igjen i andre artikler. Blant annet så det ut til å være flere relevante treff med valg av «methadone» som søkeord. Til sammen ble det funnet 26 nye artikler, hvorav 16 ble vurdert som interessante. Når disse ble gjennomgått, samt deres referanser, satt vi tilslutt igjen med til sammen 26 studier. En av disse var en litteraturstudie utgitt i 2011. To studier er utgitt etter denne litteraturstudien og tatt med i denne oppgaven.

Noen studier omhandlet substitusjonsbehandling og temaet aldring, med alderskriteriet helt ned til 40 år. Disse studiene var allikevel interessante og derfor ble det valgt å holde alderskriteriet åpent for hvilke studier som skulle inkluderes i denne studien, men med fokus på aldring.

Det ble også snevret inn til strengt å omhandle substitusjonsbehandling. Flere studier beveger seg i mellom illegal opiatavhengighet og substitusjonsbehandling. For eksempel kunne fokuset være eldre med heroinavhengighet, men at data er hentet fra metadonklinikker. Dette er ikke nødvendigvis helt feil, da man vet at en del ruser seg ved siden av substitusjonsbehandlingen og at flere helseproblemer kan være forårsaket av tidligere heroinmisbruk som for eksempel Hepatitt C. Men vi vet også at de fleste pasientene får mer stabile liv og at LAR minsker risikoen for andre helse- og sosiale problemer (Helsedirektoratet, 2011) og i denne studien var ønske å finne ut hva som var spesielt for pasientene i substitusjonsbehandling.

Inklusjonskriteriene ble til slutt «personer i substitusjonsbehandling over 40 år med fokus på aldring».

3.2 Resultater

Resultatene av denne studien bygger på tolv studier. To kvalitative studier gjort over samme data, en litteraturstudie, en teoretisk studie og åtte kvantitative studier. Elleve er fra USA og en er fra Canada. To av studiene har definert eldre som 40 år og oppover (Farred, 2009, Tuchman,2007) og de andre opererer med definisjoner fra 50 eller 55 år og oppover. Alle er utgitt i løpet av det siste tiåret. Først presenteres resultatene skjematisk, deretter følger en gjennomgang av resultatene inndelt i identifiserte tema.

Fig. 4.1: Oversikt over inkluderte studier

Studie/ Antall	Forfatter	Tittel	År	Utgiver	Land
Litteraturstudie Antall:1	Doukas, Nick	<i>“Older Adults in Methadone Maintenance Treatment: A Literature Review”</i>	2011	Journal of Social Work Practice in the Addictions	USA
Teroretisk Antall: 1	Rosen D. Morse JQ. Reynolds CF	<i>“Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment”</i>	2011	Journal of Substance Abuse Treatment.	USA
Kvantitativ Antall: 8	Fareed m.fl.	<i>“Benefits of retention in methadone maintenance and chronic medical conditions as risk factors for premature death among older heroin addicts”</i>	2009	Journal of Psychiatric Practice	USA
	Firoz & Carlson	<i>“Characteristics and Treatment Outcome of Older Methadone-Maintenance Patient”.</i>	2004	The American Journal of Geriatric Psychiatry	USA
	Lofall m.fl	<i>“Characteristics of older opioid maintenance patients”.</i>	2005	Journal of Substance Abuse Treatment	USA
	Maruyama mfl.	<i>“Hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and depression among older methadone maintenance patients in British Columbia”</i>	2013	Drug and Alcohol Review	Canada

	Rajaratnam <u>m. fl</u>	<i>“The aging methadone maintenance patient: treatment adjustment, long-term success, and quality of life”</i>	2009	Department of Psychiatry, Beth Israel Medical Center, New York.	USA
	Rosen, D.	<i>“Factors associated with illegal drug use among older methadone clients”.</i>	2004	Gerontologist	USA
	Rosen, Smith, Reynolds	<i>“The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients.”</i>	2008	American Journal of Geriatric Psychiatry	USA
	Tuchman, E.	<i>“Menopause symptom attribution among midlife women in methadone treatment”.</i>	2010	Social Work in Health Care	USA
Kvalitativ Antall: 2	Kyaien & Rosen	<i>“You’re Nothing But a Junkie”: Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone”.</i>	2008	Journal of Social Work Practice in the Addictions	USA
	Smith & Rosen	<i>“Mistrust and self-isolation: Barriers to social support for older adult methadone clients”.</i>	2009	Journal of Gerontological Social Work	USA

3.2.1 Helseproblemer

Fareed et al (2009) gjorde en studie på 91 metadonpasienter over 40 år for å identifisere risikofaktorer for tidlig død. Resultatene viste at 18 % hadde diabetes, 73 % hypertensjon, 25 % koronar sykdom og 16 % hadde KOLS. Deres konklusjon er at langtids metadon behandling for mange er assosiert med kronisk fysisk sykdom og en usunn livsstil som disponerer for tidligere død enn i normalbefolkningen.

Rosen et.al (2008) intervjuet 140 metadonpasienter over 50 år for å identifisere prevalensen av fysisk og psykisk sykdom. Resultatene viser at 54 % hadde artritt, 44 % hypertensjon, 17 % hjerteproblemer, 22 % KOLS og 14 % levercirrose. Studien konkluderer med at den fysiske helsetilstanden var mer typisk for de eldste eldre og at mange i realiteten er nærmere slutten av livet enn middelaldrende. Funnene hva gjelder psykisk helse viste i samme studie at 57 % hadde

minst en psykisk lidelse. 32 % var deprimerte, 27 % PTSD og 29 % generell angstlidelse. Kvinner hadde signifikant høyere andel depresjon enn menn (43 % vs. 27 %) og hadde nesten dobbelt så stor forekomst av agorafobi og panikk lidelse.

Firoza & Carlsen (2004) fant ikke statistisk signifikante forskjeller i den fysiske helsen målt i astma, hypertensjon, slag, diabetes, leversykdom og AIDS hos eldre og yngre metadonpasienter. Dog hadde den eldre gruppen samlet en høyere prosentdel av kronisk sykdom (35% vs 19%). I denne studien var informanter delt inn i grupper over og under 55 år. Gjennomsnittsalder på den eldre gruppen var 62,4 år og i gruppen under 55 år var gjennomsnittsalder 35.6 år.

Lofwall mfl. (2005) studerte helsetilstanden til eldre (50-66 år) og yngre (24- 30 år) metadonpasienter. Begge gruppene ble videre sammenliknet med jevnaldrende grupper i normalbefolkningen hva gjelder opplevelse av kvalitet på egen helse. På fysiske helseplager rapporterte de eldre en signifikant høyere forekomst av kardiovaskulære-, gastrointestale- og skjelett- og ben problemer enn de yngre deltakerne. 49,3 % av de eldre rapporterer at de tar daglige faste medisiner (utenom metadon) mot 3,8 hos de yngre. Når det gjelder psykiske lidelser, fant ikke denne studien store forskjeller hos eldre og yngre metadonpasienter. Mønstrene varierte noe, som at de eldre hadde noe høyere forekomst av alvorlig depresjon enn de yngre. Den eneste statistisk signifikante forskjellen var en høyere forekomst av panikk lidelser hos yngre metadonpasienter enn eldre. Opplevelse av kvaliteten på egen helse ble målt på åtte punkter hos begge gruppene av metadonpasienter og to jevnaldrende grupper i normalbefolkningen: Generell helse, vitalitet, sosial fungering, emosjonell rolle, mental helse, fysisk fungering, fysisk rolle og smerte. Sammenliknet med jevnaldrende i normalbefolkningen gjorde eldre metadonpasientene det signifikant dårligere på alle åtte punkter. De yngre metadonpasientene gjorde det dårligere enn jevnaldrende på fire av åtte punkter (fysisk fungering, begrensninger i forhold til fysiske problemer, generell helse, sosial fungering og begrensninger knyttet til emosjonelle problemer). De eldre deltagerne hadde en signifikant dårligere score enn de yngre på tre punkt: fysisk fungering, begrensning i roller grunnet fysisk helse og smerte. Studien konkluderer med at begge gruppene har dårligere helse enn sine jevnaldrende i normalbefolkningen. Studiens begrensninger er det lave antall deltakere.

Maryama mfl. (2013) gjorde en case-kontroll studie for å se om metadonpasienter over 50 år har en høyere forekomst av hypertensjon, KOLS, diabetes og depresjon enn kontrollgruppen,

målt ut i fra foreskrevet medikasjon. Resultatene viste at metadonpasienten hadde en signifikant større sannsynlighet for å få utskrevet medisiner for KOLS og depresjon, men de fant ingen signifikant forskjell i forskrivningen av hjerte- og diabetesmedisiner. Studien diskuterer behandlingsstrukturen i Canada og mangelen på integrerte helse og sosiale tjenester som en mulig forklaring (Maryama, 2013).

Tuchman (2007) har sett på symptomer på overgangsalder blant kvinner i metadonbehandling mellom 40 og 56 år. Denne studien identifiserer denne gruppen er mer sårbare for symptomer på overgangsalderen og at flere av symptomene forveksles med abstinentsymptomer og bivirkninger av metadon. De overlappende symptomene kan være svette, søvnløshet, angst, depresjon, dårlig konsentrasjon, redusert libido, trøtthet, vektøkning og verkende ledd.

3.2.2 Behandling

Stigmatisering som mulig hinder for å motta behandling, ble undersøkt i en kvalitativ studie av Rosen & Commer (2008). Informantene var metadonpasienter over 50 år. Resultatene viser at de mest vanlige stigmaene var knyttet til misbruk av rusmidler, aldring, depresjon og å være metadon pasient var mest vanlig. Mange erfarte multiple stigma. Studien konkluderer med at stigmatisering påvirker pasientenes holdninger til behandling og dermed kunne hindrer dem i å oppsøke eller gjennomføre behandling. I hovedsak gjaldt dette rusbehandling, inkludert metadon behandling, og psykisk helsehjelp. Stigmatisering knyttet til å være metadonpasient ble trukket fram som et hinder for å oppsøke somatisk helsehjelp.

Rajaratnam m.fl. (2009) fant at eldre metadonpasienter ikke alltid følte seg komfortable med å oppsøke hjelp til tross for mange fysiske og psykiske plager, og kun en liten gruppe hadde kontakt med fastlegen. Kontakten økte heller ikke med alderen.

Firoz & Carlson (2004) fant at pasientgruppen over 55 år så ut til å gjøre det bedre i substitusjonsbehandling enn de yngre pasientene.

Farred (2009) fant at eldre pasienter over 50 år i substitusjonsbehandling, gjorde det signifikant bedre hva gjelder rus, psykisk lidelse, kriminalitet og medisinske problemer sammenliknet med jevnaldrende som droppet ut av behandlingen. Studien sier ingen ting om de som avsluttet behandling gjorde det frivillig eller hvilken oppfølging de eventuelt fikk.

Rosen mfl. (2009) så på problem-løsende terapi som mulig metode som kunne passe denne gruppen pasienter. På bakgrunn av den høye forekomsten av depresjon blant eldre metadonbrukere og den høye terskel til behandling, blir denne metoden ansett som gjennomførbar, pasient- og systemvennlig og nyttig. Dette er en teoretisk studie og det er ikke gjort noen systematisk forsøk.

3.2.3 Sosial støtte

Smith & Rosen (2009) undersøkte i en kvalitativ studie hvilke barrierer som kunne stå i veien for å benytte, bevare og utvide støttende sosiale nettverk hos eldre metadonpasienter. De fant at noen valgte å isolere seg etter erfaring med å bli utnyttet, sviktet og i frykt for fremtidig tap for å beskytte seg mot depresjon og sorg på grunn av tap av venner og familie og for å beskytte seg mot vold eller for å beskytte seg mot venner og familie som er i aktiv rus.

3.2.4 Illegal rusbruk

Illegal rusbruk er en annen faktor som påvirker fysiske helse og sosiale nettverk. Rosen (2004) undersøkte forholdet mellom stressorer, eksponering for illegal rusbruk og rusfrihet siste måned hos et utvalg av 143 metadonpasienter over 50 år. Resultatene viste at å bli eksponert for illegale rusmidler var sterkt assosiert med selv å ha misbrukt rusmidler siste måned.

3.3 Oppsummering

Til tross for at substitusjonsbehandling forebygger tidlig død, utgjør andre helseproblemer fortsatt en risiko for tidlig død. Studiene gir et bilde av helsestatusen til den eldre metadonpasienten, men her er det også noe varierende funn. Hovedsakelig ser man en gruppe mennesker som har sykdommer av kronisk art, mye på grunn av livsstil som nikotin, dårlig kosthold og lite trening. Noen studier antyder at sammenlignet med normalbefolkningen ser det ut som middelaldrende i substitusjonsbehandling kan sammenliknes med de eldste eldre (over 80 år). Psykisk sykdom viser seg i stor grad som depresjon.

Studier om behandling dreier seg i hovedsak om substitusjonsbehandling. Kun en teoretisk studie ser på behandling av depresjon hos eldre pasienter i substitusjonsbehandling. Allikevel blir det antatt at denne gruppen vil ha behov for tilrettelagt behandling i fremtiden, men det

finnes ingen systematisk kunnskap om hva dette vil innebære eller hva disse personene selv mener om dette.

Kun to studiene er kvalitative. Vi mangler derfor kunnskap om erfaringene, opplevelsene, tankene og forventingene til de aldrende personene i substitusjonsbehandling. De studiene som er gjort har sett på parallelle stigma som barriere til behandling og bruk av sosiale nettverk.

Noen studier sammenlikner eldre i substitusjonsbehandling med yngre i samme behandling. Andre sammenlikner med alderslike grupper normalbefolkningen. Det varierte også hvor data var hentet fra. De fleste hentet data fra såkalte metadonklinikker og selvrapportering, mens andre innhentet data gjennom reseptforskrivning. Med tanke på forskjeller i definering av aldring, kan det tenkes at inndelingen vil gi noe misvisende resultater og vanskeliggjør sammenligningen. Et annet poeng er at sammenligningsgrunnlaget varierer mellom yngre metadonpasienter og jevnaldrende i normalbefolkningen. I fem av studiene medvirker samme forsker og noen av disse ser ut til å basere seg på samme datamateriale. Mye av kunnskapen som er samlet her er med andre ord fra de samme informantene og bearbeidet av samme forsker.

4 Kvantitativ del

For å kunne si noe om hvilke implikasjoner en aldrende pasientgruppe i LAR vil ha for hjelpeapparatet, er det nyttig å vite noe om hvordan dette kan utvikle seg i fremtiden. Antall eldre i LAR har de siste årene økt (Waal mfl., 2013). En naturlig antakelse vil være at utviklingen vil fortsette å øke i årene framover og spørsmålet er da hvor stor denne gruppen vil være i fremtiden. For å søke svar på dette er det her sett på utviklingen fram til 2012 og foretatt en predikasjon fram til 2018.

4.1 Metode

For å fremskaffe kunnskap om aldersutviklingen i LAR, ble data fra statusrapportene benyttet. Dataene var allerede bearbeidet ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF). SERAF samler systematisk inn data fra alle LAR sentrene i Norge som presenteres i en årlig statusrapport. Tallene er fra 2006 og frem til 2012.

Predikasjonen er gjennomført i to grupperinger: gruppe 1 inkluderer LAR pasienter over 50 år og gruppe 2 inkluderer de over 60 år. Det vil si at i gruppe 1 inneholder data fra både 1 og 2. Delvis skyldes inndelingen at kategoriene allerede var bearbeidet på denne måten fra SERAF, men begge kategoriene ble benyttet for å kunne gi et mer nyansert bilde av utviklingen innenfor gruppen over 50 år.

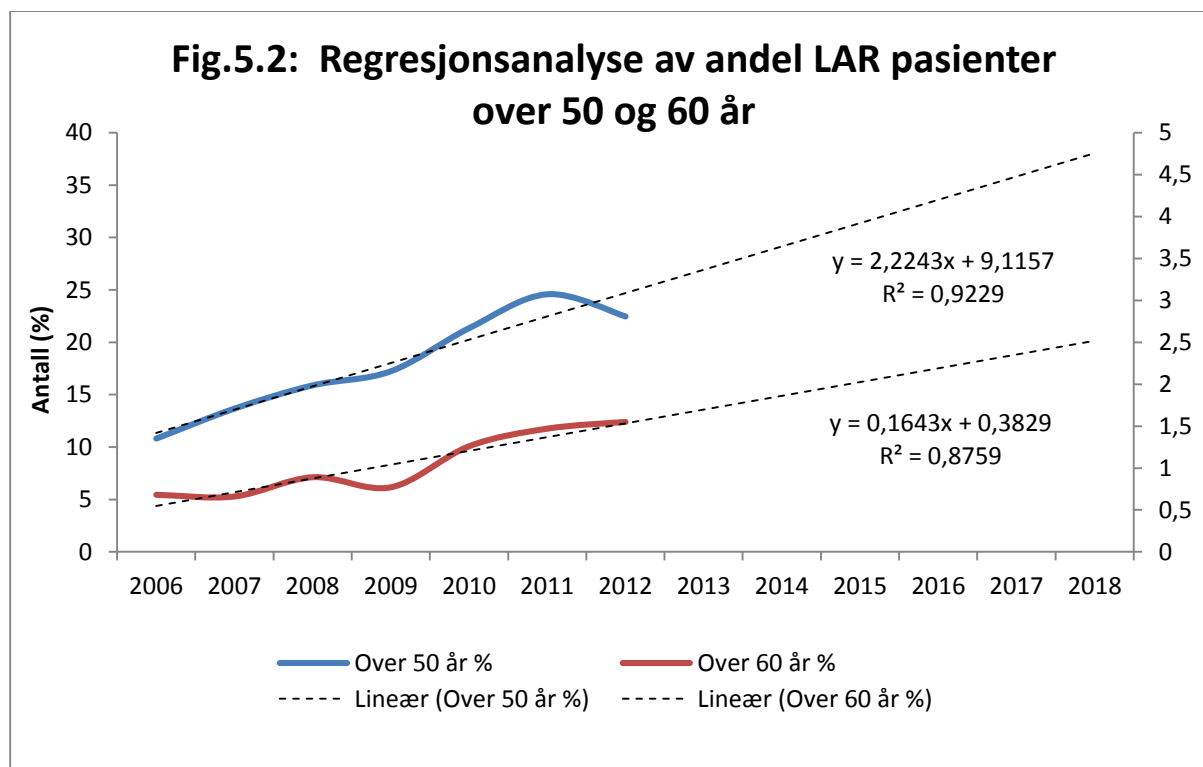
Predikasjonen er for år 2013 til 2018. Først ble det foretatt en regresjon ved hjelp av «Minste kvadraters metode» for å beregne en sannsynlig utvikling av andelen LAR pasienter over 50 år. For å se resultatene i forhold til utviklingen av den totale LAR populasjonen, ble det deretter foretatt en antallsberegning for 2018. På grunn av usikker vekst i den totale LAR populasjonen framover, ble det valgt å gjøre en antallsberegning av eldre LAR pasienter ut i fra tre mulige scenarioer for vekst i den totale LAR populasjonen i 2018: 8000, 10.000 og 12.000 stykker. 8000 totalt er dersom det årlige inntaket syker, 10.000 totalt hvis det holder seg stabilt og 12.000 dersom inntaket stiger.

4.2 Resultater

Utviklingen til nå viser at andelen LAR pasienter over 50 år steg fra 10,82 % til 22,48 % fra 2006 til 2012, mens andelen over 60 år steg fra 0,68 % til 1,55 % i samme periode. I følge predikasjonen vil andelen fortsette å øke opp mot år 2018 og tredobles fra 2006 til 2018. Det vil si at aldersgruppen over 50 år vil utgjøre om lag 38 % av alle LAR pasientene i 2018. Av disse utgjør imidlertid pasientene mellom 50 og 60 år en betydelig andel (35,5 %). Pasientgruppen over 60 år vil kun utgjøre omlag 2,5 % (Fig 5.1 og 5.2).

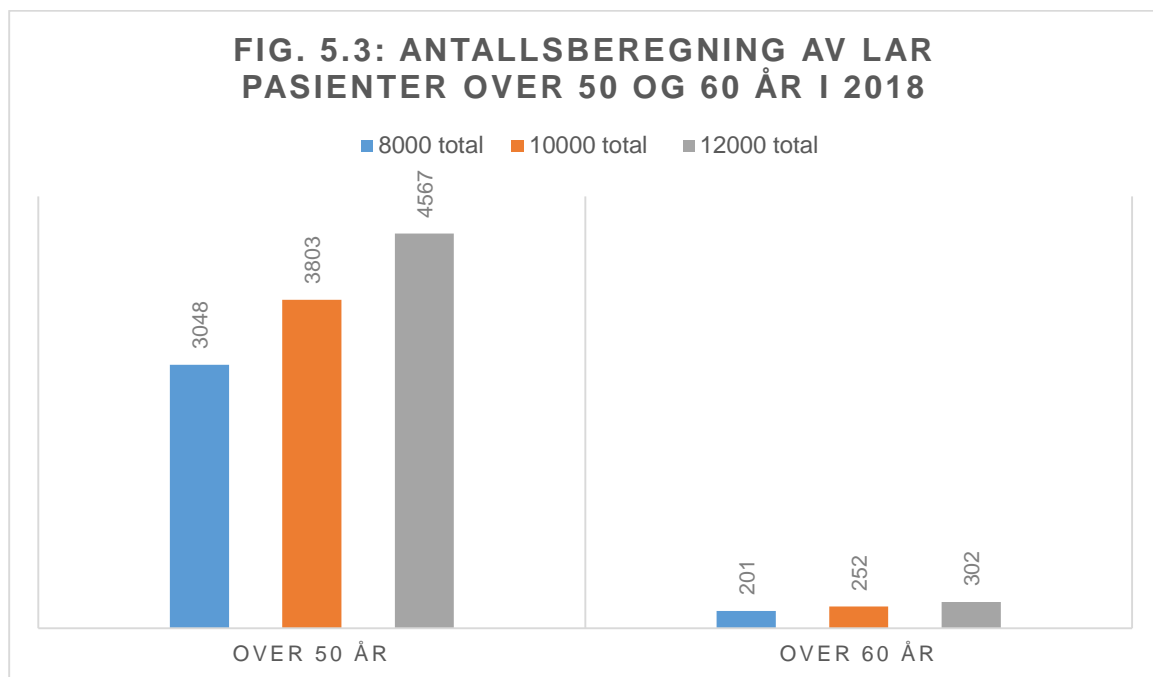
Figur 5.1: Utvikling og predikasjon av andel LAR pasienter over 50 og over 60 år fra 2006- 2018.

Fra statusskjema								Predikasjon					
Årstall	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Over 50 år %	10,82	13,68	15,9	17,25	21,36	24,6	22,48	26,91	29,13	31,36	33,58	35,81	38,03
Over 60 år %	0,68	0,66	0,89	0,77	1,26	1,47	1,55	1,70	1,86	2,03	2,19	2,35	2,52



Stigningstallet (fig. 5.2) for gruppen «over 50 år» er 2,2243. Det vil si at denne gruppen vil øke med i underkant av 2,5 % årlig, mens gruppen over 60 år vil ha en årlig økning på rundt 0,17 %. R^2 verdien (fig 5.2) er en indikasjon på hvor god denne predikasjonen antas å være. Verdien angis mellom 0 og 1. Tallet 0 vil si at predikasjonen ikke passer og 1 sier at predikasjonen passer perfekt. For pasienter over 50 år er R^2 verdien 0,9229 og for pasienter over 60 år er R^2 verdien 0,8756. På den måten kan det ut til at denne predikasjonen passer godt.

Andelen må i midlertid ses i forhold til LAR populasjonens størrelse. På grunn av usikkerhet i hvilken grad LAR populasjonen vil øke eller synke i fremtiden, ble det utarbeidet tre senarioer for den totale LAR populasjonen i 2018 (fig. 5.3).



Beregningen (fig. 5.3) viser hvordan antall LAR pasienter over 50 år vil påvirkes av LAR populasjonens utvikling. Dersom den fortsetter å øke slik den har gjort til nå, med omtrent 500 pr år (Waal mfl., 2013), vil LAR populasjonen være på rundt 10.000 totalt i 2018 (orange søyle). Da vil antall pasienter over 50 år utgjøre 3803 stykker. Nå ser i midlertid økningen ut til å avta (Waal mfl., 2013). Fortsetter denne trenden kan det tenkes å være rundt 8000 totalt i 2018 (blå søyle). I dette senarioet går en ut fra at den totale LAR populasjonen vil øke med rundt 150 stykker årlig. Antall LAR pasienter over 50 år vil da være på 3048 stykker. Det er i midlertid

også tenkelig at totalpopulasjonen vil stige i årene framover. Man antar at det fortsatt er et udekket behov for LAR behandling (Waal mfl., 2013). En eventuell utvikling av lavterskel LAR tiltak er eksempel på tiltak som kan bidra til økning (Velferdsetaten, 10.04 2014). Med et slikt utgangspunkt kan det tenkes en årlig økning på rundt 800 LAR pasienter. Dermed vil antall LAR pasienter i 2018 vil være på 12.000 stykker og av disse vil 4567 være over 50 år.

4.3 Diskusjon

Predikasjonen viser i hovedsak at andelen LAR pasienter over 50 år vil stige i fremtiden. Gruppen fra over 50 år er i dag betydelig større enn gruppen over 60 år og denne trenden ser ut til å vedvare.

Tallene er hentet fra den årlige statusrapporteringen. Ikke alle pasientene er med på utfyllingen og deltakelsen har variert fra år til år. Allikevel er tallene i hovedsak fra en nasjonal populasjon som er registrert over flere år med samme metode, noe som er styrken bak denne framskrivingen. Trenden er vurdert med adekvat metodikk (regresjon). Dersom det ikke vil oppstå svakheter ved statusundersøkelsen eller skje endringer i rusmønsteret, er det sannsynlig at analysen er holdbar og trenden har betydelig styrke.

På den andre siden er dette en enkel predikasjon hvor få variabler er tatt med i analysen. Metoden gir kun antall og andel i grupper over 50 og over 60 år, og detaljerer ikke i forhold til aldersklasser. Dette er å anse som en svakhet ved metoden. Den tar heller ikke hensyn til mulige endringer i helsetilstand og dødelighet i LAR-populasjonen. Statusrapporten for 2012 (Waal, 2013) viser at frafall i form av utskrivning, både frivillig og per vedtak, har gått betraktelig ned de siste årene. Dog ser det ut til at antall utskrivninger i form av dødsfall har en svak økning. Før og etter LAR dominerer overdoser som dødsårsak, mens under LAR behandlingen er sykdom og ulykker hovedårsaken. Når andelen eldre LAR pasienter med kroniske sykdommer er økende, bør en regne med naturlige dødsfall. Det kan dessuten tenkes at svarerne er en seleksjon av pasienter med mindre ustabilitet og avvik og mindre destruktivt rusmiddelbruk som eventuelt også oppnår høyere alder.

Aldersutviklingen i gruppen over 50 år ser ut til å ha et fall i 2012. På bakgrunn av det kan det være nærliggende å tenke at gruppen 50 + vil synke i fremtiden i motsetning til hva predikasjonen viser. På en annen side vil naturlige svingninger finne sted fra år til år, da spesielt med tanke på den varierende deltakelsen i statusrapporteringen. I tillegg finnes kunnskap som

støtter antakelsen at nedgangen i 2012 ikke vil være en trend. LAR behandling har vist seg å gi økt sjanse for å leve lengre enn rusmiddelavhengige utenfor LAR (Waal mfl., 2009), befolkningen generelt ventes å leve lengre i fremtiden (Folkehelseinstituttet, 2012) og andelen som avslutter LAR behandlingen ser ut til å ha minsket de siste årene (Waal mfl., 2013). I tillegg er gjennomsnittsalderen i LAR i dag på rundt 40 år og andelen som avslutter LAR behandlingen ser ut til å ha minsket de siste årene (Waal mfl., 2013). Samlet sett gir dette støtte til denne predikasjonen. Samtidig er det egenskaper ved denne gruppen LAR pasienter vi ennå ikke kjenner, og som vil kunne påvirke utviklingen. Et naturlig frafall kan for eksempel forventes i form av avslutning av LAR behandling, emigrasjon eller død. Den store nedgangen etter 60 år kan indikere dette.

5 Kvalitativ del

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). De omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekst fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte (Malterud, 2002).

5.1 Metodologisk ståsted

Analysemetoden som er valgt å bruke i denne studien er «Systematisk tekstkondensering» slik den beskrives av Kirsti Malterud (2011). Ettersom målet var å undersøke erfaringer, tanker og meninger hos eldre LAR pasienter, var kvalitativ metode inspirert av fenomenologi et godt utgangspunkt.

Fenomenologi er en filosofisk retning grunnlagt av Edmund Husserl og videreført av blant annet Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty og Simone De Beauvoir. Husserl introduserte i sin fenomenologiske filosofi et skifte i fokus fra ting og natur til menneskets bevissthet. Han påpekte at menneskets bevissthet er radikalt annerledes enn fysiske ting, og man kommer ikke utenom menneskets bevissthet når man ønsker å studere verden. I Husserls filosofi fokuseres det på både ekte objekter og såkalte ikke-ekte objekter. Ekte objekter er objekter som er i tid, rom og i en kausal sammenheng. Ikke ekte objekter er for eksempel ideer, minner og drømmer, de er i tid, men ikke i rom, og ikke bestemt av kausale sammenhenger. Tradisjonell empiri studerer de ekte objektene som eksisterer uavhengig av bevissthet. Fenomenologi studerer i tillegg de ikke-ekte objektene. Målet i fenomenologisk analyse er å klargjøre fenomeners mening, ikke forklare årsaken bak dem (Fenomenologi, 2013).

I nyere tid har blant annet Amedeo Giorgi utviklet kvalitative analysemetoder som bygger på Husserls filosofi. Malteruds «Systematisk tekstkondensering» er en modifisering av Giorgis "the descriptive phenomenological method" (Malterud, 2011). Her gjengis Malteruds metode i korte trekk slik den står beskrevet i hennes innføringsbok.

Metoden består i å identifisere enheter i teksten som lager grunnlag for utvikling av databaserte kategorier, som kan brukes til å rekonstruere teksten slik at meningsinnholdet kommer tydelig fram. Analyseprosessen deles inn i fire trinn. 1) Å identifisere foreløpige temaer gjennom

helhetsinntrykket en sitter igjen med etter første gjennomlesning av den transkriberte teksten, 2) De foreløpige temaene utvikles til kodegrupper. Meningsbærende enheter identifiserer i teksten og sorteres under kodegruppene, 3) hver kodegruppe deles så inn i subgrupper som danner grunnlag for kondensering og 4) ved å sammenfatte essensen i hver av de kondenserte kodegruppene, utvikles kategorier som danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet (Malterud, 2012).

5.2 Teoretisk referanseramme

5.2.1 Maslows behovsterori

Behovsteorier tar sikte på å gi forklaring til viktige menneskelige behov. Abraham Maslow utviklet i 1943 en humanistisk behovsteori for å finne frem til grunnleggende behov som kunne forklare menneskers adferd og motivasjon. Menneskelig motivasjon er bare dominert av og organisert etter udekkede behov. Tilfredsstilte behov blir dermed uviktige. Teorien er ofte illustrert som en hierarkisk pyramide som nedenfra er delt inn i følgende behov: fysiske behov, sikkerhet, sosiale behov, respekt og anseelse og selvrealisering. Fysiske behov defineres som faktorer som motiverer for å opprettholde fysiologisk balanse som vann, mat, søvn og eliminasjon. Behovet for trygghet er i bunn og grunn dekket når individer ikke står i direkte fare som i naturkatastrofer, krig og lignende. Ut ifra en slik forståelse vil de fleste voksne i vårt samfunn ha dekket sitt behov for trygghet. Maslow ser begrepet i en videre forstand og mener det handler om behov for trygghet og stabilitet. Som stabil og trygg inntekt, forsikring om en trygg og stabil framtid. Behovet for trygghet og stabilitet vises også gjennom søken etter mening i tilværelsen. På denne måten vil kunnskap om naturvitenskap og filosofi være motivert av behov for trygghet. De sosiale behovene motiverer for å etablere relasjoner som venner og partner, stifte familie og vedlikeholde familiære forhold. Men det handler også om å skape et forhold til samfunnet for øvrig gjennom for eksempel arbeid eller fritidsaktiviteter. En viktig faktor i slike relasjoner er gjensidighet- et ønske om å gi og få. Disse tre behovene regner Maslow mangelbehov, det vil si at de kan mettes. De to øverste behovene representerer såkalte vekstbehov, som ikke har noe metningspunkt. Først dreier det seg om behovet for respekt og anseelse. På dette nivået dreier behovene for aktelse, selvrespekt, selvtillit, anerkjennelse, status og verdighet (Maslows behovspyramide, 2013). Tilfredstillelse av slike behov fører til selvsikkerhet, følelse av styrke, dugelighet og å være nyttig og nødvendig i verden. I motsatt

fall føler personen seg svak og hjelpeløs. Maslow (1943) mener en slik tilstand vil drive mennesker til å kompensere på uheldige måter eller tenderne mot angst og depresjon. Øverst i pyramiden finner vi behovet for selvrealisering- et ønske om å utnytte sitt fulle potensiale. Dersom et menneske oppnår en slik selvrealisering er han å regne som tilfredsstilt, men Maslow mente derimot at en slik total tilfredsstillelse tilhørte sjeldenhetene. Selv om behovene er skissert som et hierarki som naturlig oppfylles nedenfra, mente Maslow at dette ikke måtte forstås for rigid. Mennesker kan ha forskjellige preferanser og noen kan for eksempel anse selvrealisering som viktigere enn kjærlighet. Dessuten påstår Maslow at de fleste både har tilfredsstilte og udekkede behov i alle faser, på samme tid. Den hierarkiske sammenhengen forklarte han da med at de laveste fasene alltid vil ha høyere prosent tilfredsstillelse enn faser over. Han påpekte også at en motivasjon for handling kan ha flere bakenforliggende behov. Dessuten kan en handling ha tilsynelatende forankring i en fase, men i realiteten være knyttet til en annen. For eksempel kan behovet for mat være motivert av behov for kjærlighet og ikke sult. På den måten vil behovet være av mer psykosomatisk karakter. På samme måte vil ønsker som er motivert av grunnleggende behov fremstå som viktigere enn behov som ikke er fundert i grunnleggende behov. For eksempel vil ønsket om et glass vin fremstå som svært viktig dersom det er motivert av sosiale eller fysiske behov (avhengighet) enn hvis det kun er for å drikke noe godt til maten. Graden av trussel et udekket behov utgjør for de grunnleggende behovene, vil naturlig nok avgjøre hvor viktig behovet er. Behov er ifølge Maslow (1943) motiver bak en handling. Er et behov grunnleggende, vil det resultere i en motivert handling eller ønske om handling- resultatet av motivene er altså målet. På den måten vil udekkede behov hindre en person i å nå målet sitt og personen vil dermed være svært motivert for handling. Det kan ligge flere behov bak en handling eller ønske om handling. (Maslow, 1943).

5.2.2 Eriksens stadieteori

Erik H. Eriksen (1950) utviklet en psykososiale teori om menneskets utvikling gjennom åtte stadier. Hans teori kan forstås som en beskrivelse av essensielle behov knyttet opp mot alder. Alderdommen kan ikke løsrives fra barndommen og årene midt i livet og hver alder har sin indre konflikt hvor utfallet avgjør hvordan videre utvikling vil fortone seg. Den syvende alderen er ifølge Eriksens teori fra rundt 40- 65 år. Her står den psykososiale konflikten mellom fornyelse eller stagnasjon. Fornyelse handler om å sette spor gjennom å bry seg om andre, skape og bidra til å gjøre verden til et bedre sted. Stagnasjon er resultatet av å mislykkes i å finne en måte å bidra på. Dette kan gi en opplevelse av å stå utenfor samfunnet. Det sentrale spørsmålet

som det søkes svar på i denne fasen er hvordan man kan bidra og foreldrerollen og arbeidet er viktige faktorer her. Neste fase beskrives av Eriksen som den «modne alderen» hvor utvikling av ego- integritet står sentralt. Ego-integritet innebærer å akseptere livet slik det har blitt på godt og vondt, bli mindre selvsentrert og mer opptatt av andres ve og vel og senere å akseptere døden uten frykt. For personer som har kommet gunstig gjennom tidligere utviklingsoppgaver, vil ego- integriteten og modenheten nærmest komme av seg selv. Men for de fleste vil det å etablere ego-integritet være avhengig av en gjennomgang og bearbeiding av det livet en har levd på godt og vondt, altså et tilbakeblikk.

5.3 Forskningsloggen

For å få en bevisst holdning og refleksjon til forskningsprosessen, ble det ført en fortløpende forskningslogg. Her ble det notert alt fra sporadiske tanker, artikler som kanskje var relevante til erfaringer gjort og valg tatt underveis i datainnsamlingen og analysen. Den nærheten man får til informantene gjør den kvalitative metoden spennende og intens, men gir også spesielle utfordringer (Tjora, 2010). Underveis i intervjurunden og analysen ble nye fenomen, eller sammenheng, oppdaget som i enkelte tilfeller krevde ett nytt blikk på materialet. Loggen gjorde det da lettere å bevege seg fleksibelt mellom tanker og erfaringer gjort underveis i prosessen.

5.4 Utvalg

Målet var først å intervjuer rundt 10 personer over 60 år i LAR behandling. Av praktiske grunner, og begrensede ressurser, var det ikke mulig å reise langt for å møte informantene. Det ble derfor valgt ut to nærliggende kommuner som har noenlunde lik organisatorisk struktur og historie hva gjelder LAR behandling. Dermed begrenset også antallet informanter seg, spesielt i den aktuelle aldersgruppen. På bakgrunn av disse vurderingene ble det bestemt at målet var å få en gruppe informanter med så høy alder som mulig, altså rundt 60 år. Det ble antatt at pasienter i denne aldersgruppen hadde flere erfaringer og tanker knyttet til aldring og samtidig kunne gi et bilde av årene i LAR fra 50 år og oppover. Etter å ha sett fødselsåret til aktuelle pasienter i de to kommunene hvor utvalget skulle rekrutteres fra, så vi at det kunne være realistisk å få 10 informanter ved å si at de skulle være født i 1956 eller før, altså 58 år og oppover. Det bør også legges til at de to kommunene deltakerne ble rekruttert fra har en historie med lav deltakelse fra LAR. Det var også viktig at kandidatene var samtykkekompetente og at deltakelsen var frivillig.

Åtte personer sa seg villig til å være med i studien, men tre stykker falt fra underveis. En ble vurdert som uaktuell på grunn av alvorlig psykisk sykdom, og de to andre trakk seg av uklare grunner. Denne studien baserer seg derfor på intervjuer av fem informanter. En kvinne og fire menn i alderen 58 til 60 år. Fire hadde mottatt LAR behandling i 14 år og en i to år, men med illegalt bruk av LAR medisin i flere år før det. Fire gikk på metadon og en på subutex. Metadondosen lå gjennomsnittlig på 97,5 mg. To var uføretrygdet, to var i fast lønnet arbeid, hvorav en var langtidssykemeldt og en gikk på arbeidsavklaringspenger (AAP). Fire hadde egen bolig og en var uten fast bolig. To hadde samboer eller var gifte og tre var enslige.

5.5 Datainnsamling

5.5.1 Rekruttering

Rekrutteringen ble gjort i samarbeid med rådgivere ved kommunale rustjenester der informantene skulle rekrutteres fra. De kommunale rustjenestene ble først informert om prosjektet og forespurt om de kunne være behjelpelige med rekrutteringen. Forespørselen ble møtt med en positiv holdning fra begge kommunene. Det ble utarbeidet et skriv med kort informasjon om studiet. Informasjonsskrivet skulle potensielle informanter få av sine rådgivere, som på forhånd var satt inn i studiens formål og hva deltakelsen ville innebære for personen. Dette mellomleddet var viktig for å gi kandidatene en reell mulighet til å avslå deltakelse i studien. Spesielt viktig var dette i en av kommunene der intervjuer jobber til daglig, og kunne møte kjente LAR pasienter. Hvis personene var interesserte i å delta i studien, ble de oppfordret til enten å ta kontakt med intervjuer eller så kunne rådgiveren formidle deres telefonnumre slik at de ble kontaktet av intervjueren.

5.5.2 Intervjuet

Intervjuet var semistrukturert og spørsmålene var åpne og rettet mot forhåndsdefinerte problemstillinger som: opplevelse av egen aldring, møte med hjelpeapparatet i den forbindelse og tanker om fremtidens behov.

Før intervjuet startet ble en standardisert informasjon gjennomgått. Det ble lagt vekt på å tydeliggjøre motivet for undersøkelse og åpne for eventuelle spørsmål informanten måtte ha. Intervjuguiden bestod formulerte spørsmål. Spørsmålene kunne benyttes aktivt i tilfeller der

informantene stoppet opp og fant det vanskelig å komme videre i samtalen. Primært ved å reformulere spørsmål og integrere dem der det var naturlig i samtalen. Formuleringene kunne da ligge tett opp til spørsmålene i intervjuguiden.

Intervjuene bar preg av å være informantsentrert. Intervjuers rolle var å fremme informantenes spontane beretning på relevante områder ved å oppfordre til utforskning av informantenes opplevelser og historier, og komme med oppmuntrende utsagn som for eksempel: ”Fortell!”, ”Si mer om det!”, ”Hvordan da?”, ”La meg høre!”, ”Å?”, ”Ja, kan du fortelle mer om ...?”, ”Hvordan opplevde du det å ...?”, ”Hva gjorde det med deg ...?”. Informantene fortalte sine historier med sine egne ord, og var frie til å endre tema etter hvert som de kom på erfaringer, historier og opplevelser. Dette ble fulgt opp av intervjuer. Intervjuene ble på denne måten dynamisk tilpasset den enkelte deltakers stil og historie ettersom samtalen utviklet seg. Ønske var at data skulle ha høyest mulig kvalitet i form av opplevelsesnærhet. Tegn på opplevelsesnærhet kunne være detaljering og nyansering av historien, personlig og nær ordbruk og emosjonell aktivering hos informanten, både av verbal og non-verbal art. Eksempler på sistnevnte kunne være latter, smil, sukking, sinneutbrudd, tårer i øynene, gråt og lignende. Slik non-verbal kommunikasjon ble nedskrevet i den transkriberte teksten og brukt som pekepinn på temaer som var viktig å forfølge videre i intervjusituasjonen og i analyseprosessen.

Ved datainnsamlingen ble flere tiltak iverksatt for å sikre validitet. Intervjuer stilte oppklarende spørsmål der det var nødvendig for å sikre at intervjuer hadde forstått informantenes budskap rett. I tillegg foretok intervjuer jevnlig oppsummeringer av informantens beskrivelser. Slik ble forståelsen av informantens budskap forsøkt bekreftet, avkreftet eller justert i en selvkorrigerende prosess (Kvale, 2001).

5.5.3 Transkribering

For å sikre at informantenes erfaringer og opplevelser ble registrert med informantenes egne ord, ble hvert intervju nedskrevet ordrett og i sin helhet av intervjuer. For å sikre mot feiltolkninger under analysen, ble pauser og non-verbale uttrykk av affektiv karakter (latter, sukk, trykk på enkelte ord og lignende) inkludert i den transkriberte teksten. For å sikre reliabiliteten og validiteten ble alle de transkriberte intervjuene sammenlignet med lydbåndopptakene. Likevel vil bearbeidelsen av data fra tale til tekst være unøyaktig fordi den

alltid innebærer en subjektiv tolkning (Kvale, 2001). Intervjuene ble dessuten skrevet ned kort tid etter at de ble foretatt, mens de ennå var friskt i minne.

5.6 Etiske betraktninger

Studien er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK har en rekke krav til gjennomføring av medisinskfaglig forskning som er fulgt.

Disse er blant annet informert samtykke, oppbevaring av data og avidentifisering av data. Alle informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien og hva intervjuet ville innebære. Alle fikk vite at de kunne trekke seg uten å oppgi noen grunn og at det ikke ville få noen konsekvenser for oppfølging og behandling innen rusomsorgen. Deltakerne fikk også informasjon om hvordan anonymitet og oppbevaring av data ville bli ivaretatt.

For å ivareta informantenes anonymitet på best mulig måte har følgende endringer blitt gjort i sitatene: Navn på byer, behandlingssteder, kommuner eller tiltak er generalisert og omtales kun som dette. Dette kan virke noe kunstig, da informantene gjerne bruker lokale navn på kommunale tiltak. Men det har vært viktig å anonymisere hvilken kommune informantene kommer fra, og disse lokale særegenhetene ville kunne avslørt dette. Alle navn er også anonymiserte.

Det etiske aspektet jeg var spesielt oppmerksom på i studien, var muligheten for at jeg kunne møte personer jeg hadde kjennskap til fra mitt daglige arbeide fra lavterskel helsetilbud i en av kommunene. Både med tanke på hvordan dette ville påvirke deltakerne, men også hvordan min forforståelse av deltakeren ville påvirke min tolkning. Jeg ville bli nødt til å vurdere hvert enkelt tilfelle ut i fra hvor involvert jeg var i hver enkelt. Tre av deltakerne kjente jeg til, hvorav en som jeg hadde jobbet direkte med gjennom lavterskel helsetiltak. Denne og en til kjente igjen meg, men uttrykte at det var en trygghet. De var blitt klar over dette under rekrutteringsprosessen, og sa at det var noe av grunnen til at de ble med i det hele tatt. Jeg kjente ikke til deres historie, så de kunne fritt fortelle det de ønsket å legge vekt på. Før intervjuet startet, tok vi oss ekstra god tid til å snakke om min rolle i denne situasjonen og hvordan en intervjuer er mer tilbakelent enn jeg ville vært i jobbsammenheng. Selv om disse uttrykte at de var positive til min tilknytning til kommunens rustiltak, kan det ikke utelukkes at dette kan ha hatt negativ innvirkning på de som lot være å delta.

5.7 Analysen

I denne oppgaven er analysen utført i tråd med Malteruds metode «Systematisk tekstkondensering». Den teoretiske referanserammen for analysen er teorier om menneskelige behov som beskrevet i kapittel 2.4. For å balansere mellom å åpne opp for informantenes livsverden og å søke svar på oppgavens spørsmål, har analyseprosessen vekslet mellom å være teorigyrt og datagyrt.

5.7.1 Analysenivå

I en kvalitativ studie kan analysen lede fram til nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller som representerer forskjellige analysenivåer. Deres forhold seg imellom har en logisk sammenheng: beskrivelser legger grunnlag for utvikling av nye begreper og nye begreper legger grunnlag for utvikling av nye teoretiske modeller (Malterud, 2012). Analysenivået i denne oppgaven er «beskrivelse». Målet har vært å beskrive de behovene den aldrende LAR pasienten forteller om. Analysen er tverrgående og sammenfatt av informasjon fra flere informanter. Systematisk tekstkondensering egner seg for tverrgående analyser med mål om å utvikle beskrivelser om et fenomen (Malterud, 2012).

5.7.2 Helhetsinntrykk og foreløpige temaer

Første steg i analyseprosessen var å få et helhetsinntrykk av intervjuene og finne foreløpige temaer. Temaer som på en eller annen måte kunne være viktig for denne oppgaven, ble vurdert som foreløpige temaer. På dette stadiet var det spesielt viktig å jobbe for å sette egen forståelse til side, for å la informantenes stemme komme tydelig frem. Uten å systematisere underveis i lesingen ble det foretatt notater. Etter at alt var lest, kunne jeg se hvilke foreløpige temaer som dukket opp. Disse temaene fikk foreløpige navn. Seks foreløpige temaer ble tatt med for videre analyse. Denne delen av analyseprosessen ble gjort trinnvis, men henholdsvis tre og to intervjuer sammen.

5.7.3 Kodegrupper og identifisering av meningsbærende enheter

Neste steg var å jobbe videre med de foreløpige temaene og organisere den delen av materialet som skulle studeres videre. Relevant tekst ble skilt fra irrelevant tekst i forhold til studiens

temaområder. Først ble det gjort en systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter. Jeg identifiserte og klassifiserte de tekstelementene som hadde sammenheng med de foreløpige temaene fra første trinn av analysen. Hvert meningsbærende uttrykk, en tekstbit, ble merket med farge. Noen få tekstbiter havnet på sidelinjen da de sa lite eller ingen ting knyttet oppgavens fokus. Tekstbiter som var beslektet ble gruppert sammen i kodegrupper. Alle tekstbitene ble så lest hver for seg med tanke på om de var plassert under riktig tema. Flere tekstbiter kunne la seg fordele under både to, tre og fire ulike kodegrupper. I denne prosessen byttet noen tekstbiter kodegruppe, men de ble merket med mulige alternative plasseringer. Ved usikkerhet om tekstutsagnets tilhørighet ble utsagnet sjekket opp mot den opprinnelige transkripsjonen. Neste skritt var så å hente frem de transkriberte tekstene etter tur, lese gjennom dem med tanke på temaene som hadde utkrySTALLISERT seg, og med tanke på om teksten som helhet sa noe om temaer som ikke var kommet frem så langt i prosessen.

5.7.4 Subgrupper og kondensering

Målet i dette trinnet i prosessen var å forme kondensater (kunstige sitater). Først jobbet jeg videre med kodegruppene fra forrige tinn. Noen kodegrupper viste seg å inneholde for få meningsbærende enheter til å kunne være en selvstendig kodegruppe og ble foreløpig lagt til side. En kodegruppe var for omfangsrik og det var dermed mer hensiktsmessig å dele den opp. Videre ble subgrupper laget innenfor den enkelte kodegruppen som deretter ble regnet som videre analyseenheter. Utformingen av kondensatene baseres på hver subgruppe. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg innenfor hver subgruppe, med et språk tett opp mot deltakernes eget og med begreper fra de meningsbærende enhetene. Først begynte jeg med et sitat som jeg oppfattet som spesielt uttrykksfullt, og skrev deretter inn tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene. Noen av disse enhetene var vanskelig å inkludere i kondensatene og ble foreløpig lagt til side. På denne måten ble hele det empiriske materialet gjennomgått systematisk. I noen av subgruppene ble det vanskelig å utforme kondensater, enten fordi innholdet ikke var rikt nok eller fordi det var for usammenhengende innhold. Igjen ble det vurdert om dette skulle legges til siden, eller om det hørte hjemme andre steder. I tillegg ble det trukket fram et sitat som jeg mente representerte hovedbudskapet i spesiell grad. Disse sitatene og kondensatene danner sammen grunnlaget for de analytiske tekster som formidles som resultatene.

5.7.5 Analytisk tekst- en sammenfatning

Dette var det fjerde og siste trinnet i analyseprosessen. Bitene og funnene ble satt sammen igjen i form av gjenfortellinger som skulle gi grunnlag for nye beskrivelser. Først ble kunnskapen i hver kodegruppe og subgruppe sammenfattet og en analytisk tekst ble laget med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene.

Etter å ha skrevet et første utkast til resultatdelen var det nyttig å la materialet ligge en kort periode. Et tilbakeblikk på råteksten, forskningsloggen og en avstand fra teksten, gjorde at materialet kunne ses på med nye øyne. Slike tilbakeblikk og vurdering, gjorde jeg flere ganger underveis i prosessen, men denne siste var spesielt viktig. Jeg opplevde at resultatene var uventet i forhold til mine antakelser og jeg forstod etter hvert at dette påvirket min tro på resultatene. Jeg tok en ny gjennomgang av alle tekstbitene, utførte noen justeringer og opplevde at jeg kom nærmere en forståelse av materialet.

5.8 Resultater

Resultatene presenteres i prosaform. Inklusjon av et fenomen er først og fremst foretatt ut i fra en vurdering av relevans. De fenomenene som i tillegg hadde en hyppig forekomst ble vurdert som spesielt viktige. Uttrykk som «noen» og «mange» er brukt av fortellertekniske hensyn, og reflekterer fordelingen i utvalget, men ikke fordelingen i populasjonen. For å illustrere fenomenene inneholder teksten et utvalg sitater. Sitatene er forkortet og gitt en strammere og mer presis form, uten at det opprinnelige meningsinnhold er endret. Sitatene har enten særlig relevans for et fenomen eller bidrar til å vise variasjon i enkeltopplevelsene innen det aktuelle fenomenet.

Funnene som utkrystalliserte seg etter analysen peker på fenomen som kan oppleves som viktige for LAR pasienten når han begynner å bli eldre. Fenomenene kan deles i tre hovedkategorier: 1) Forandringene 2) Å avslutte Lar behandlingen og 3) Hjelpeapparat-erfaringer og tanker om fremtiden.

Resultatene refererer til fellestrekk ved informantene. Det er viktig å merke seg at forskjellene også var store og at enhver intervensjon i praksis bør ta individuelle hensyn. For å øke forståelsen av hvilken kontekst informantenes tanker rundt det å bli eldre kommer fra viser jeg til avsnittet «utvalg».

5.8.1 Å begynne å bli eldre- forandringene

Alle deltakerne kunne fortelle om at de hadde forandret seg de siste årene. Disse forandringene var ikke alltid eksplisitt knyttet til å bli eldre, men noe de opplevde var annerledes nå enn for få år tilbake. Ingen av deltakerne identifiserte seg med «å være eldre», men opplevde heller at de «begynte å bli eldre». Hovedsakelig hadde deltakerne opplevd forandring knyttet til tre fenomen: 1) Opplevelse av egen helse, 2) «Å kjenne på noe nytt» og 3) Fra mottaker til aktør- ønske om å være til nytte.

Opplevelse av egen helse

De fleste deltakerne hadde en sterk opplevelse av at kroppen var i forandring, men de hadde vanskelig for å forklare en del av det. En av deltakerne oppsummerte det slik:

«Det mye kroppslige greier jeg sliter med som begynner å skremme meg».

Der symptomene var diffuse og udiagnostiserte, gikk forklaringene i retning av bivirkninger av LAR medikamentet og som en slags slitasje etter mange år i LAR. Det forklarte at symptomene hadde blitt forverret, eller oppstått, i løpet av de siste årene. Der det forelå diagnoser tenderte deltakerne i større grad å forklare det med alder eller jobbrelatert slitasje.

Det mest påfallende fellestrekket som ble beskrevet som et helseproblem, var en opplevelse av «å ikke orke noe». Fire av informantene beskrev dette fenomenet. De opplevde det som invalidiserende, og det ble først og fremst satt i forbindelse med LAR medisinen. Alle mente de hadde hatt denne opplevelsen i mange år, men at det har blitt verre de siste årene. Opplevelsen så ut til å gå på tvers av andre faktorer som jobb, partner, utdanning, barn og leilighet. «Å ikke orke noe» ble opplevd som sosialt begrensende fordi de ikke klarte å holde kontakten med venner og familie slik de ønsket, eller at det hindret dem i å etablere nye rusfrie relasjoner. Redselen var å bli isolerte- for noen var dette en realitet allerede. En av informantene fortalte følgende:

«Jeg føler at det sosiale nettverket forsvinner sakte, men sikkert. Før i tida dro jeg og besøkte venner som var nyktre og prata med dem, ikke sant. Da snakka vi om andre ting jeg var interessert i. Det er jo det jeg vil. Snakke om andre ting enn narkotika.»

Men det har jeg ikke ork til lengre. Nå kan jeg ligge i senga i en uke av gangen. Jeg har blitt helt passivisert».

Angst og depresjon ble også trukket frem av de samme informantene. Ingen var utredet for dette. Verbalt ble ikke snakket så mye om dette, men når temaet kom opp ble deltakerne svært berørte og kviet seg for å snakke mer om det. Noen tok til tårene. En av informantene sa det slik:

«Jeg føler at jeg graver meg ned et veldig mørkt sted»

En av informantene satte i større grad ord på sin erfaring med depressive følelser og så det i direkte sammenheng med å føle seg alene.

«Jeg har vært plaget av depresjon. Å, ja! Men det har med å være alene å gjøre».

Fire trakk fram *muskel og skjelett plager*. I denne kategorien var det mange forklaringer på plagene. En var diagnostisert med revmatisme for få år tilbake og satt det i forbindelse med alder. En annen satte det i forbindelse med slitasje etter mange år i fysisk arbeid. Der det var mer diffuse symptomer, ble symptomene satt i forbindelse med LAR- medisin og det vises til felleskatalogen hvor skjelettplager angivelig er trukket fram som en bivirkning.

Problemer med *magen* ble trukket fram hos tre av informantene. Det uttrykkes frykt for at LAR- medisinene har ødelagt fordøyelsessystemet. Noen var plaget med smerter og var under utredning for dette, mens andre fortalte at de er småkvalme hele tiden.

Søvnforstyrrelser beskrives av alle i varierende grad. Alt fra gnissing av tennene på nettene til omfattende søvnproblemer. Flere sa de hadde problemer med å sovne på kvelden og at de våknet lett. De fleste satte dette i forbindelse med LAR medisinen, men noen så det i tillegg som aldersrelatert.

Nedsatt seksuell lyst beskrives også av alle og settes i direkte forbindelse med LAR medisinen, men ingen reflekterte over dette i større grad.

De fleste hadde *Hepatitt C*, men ingen mener de er plaget av dette og ingen vurderer behandling. De forteller at de jevnlig tar blodprøver for å følge med på leververdiene.

Tre av deltakerne hadde *kroniske lidelser* i form av hjertesykdom, diabetes og revmatisme. Disse sykdommene ble i hovedsak satt i forbindelse med usunn livsstil og aldring.

Alle mente helsesituasjonen har forverret seg de siste årene. De fleste tolket dette som at LAR medikamentet fortærer kroppen etter så mange år. Andre mente å oppleve en dobbelt belastning og at flere av bivirkningene fra medisinen var sammenfallende med aldersrelaterte plager. Samtidig forteller alle at det er vanskelig å vite hva som er hva.

«Noe av dette jeg kjenner på i forhold helsa mi kan ha sammenheng med alderen, men det er vanskelig å vite hva som er hva. Jeg synes det har vært mange år med plager».

To skilte seg noe ut. En som bare hadde vært i LAR i noen få år og en som definerte behandlingen som livslang. Selv om deltakeren med kort behandlingstid var negativ til behandlingen og ønsket seg ut av LAR, hadde han ikke så mange helseplager som de andre. Det samme gjaldt han med en mer positiv holdning til medisinen. Til tross for helseplager av alvorlig og kronisk art, så vurderte han totaleffekten av LAR behandlingen som positiv.

«Jeg kjenner noe nytt nå»

Alle informantene fortalte at de følte «noe nytt» nå da de begynte å bli eldre. De snakket om å ha våknet opp og at livet nå fremsto som dyrbart. Flere sa de aldri hadde forventet å leve så lenge og at de følte å fått en ny sjanse de ikke hadde råd til å sløse bort. I tillegg beskrev flere at de har blitt lei av rus og ønsket kontroll og å slippe å skjule noe, eller leve et dobbeltliv som alle følte de hadde gjort gjennom hele livet. De fleste knyttet dette til LAR behandlingen. Andre fortalte om sidemisbruk. Gjennom flere år i LAR hadde noen ruset seg jevnlig og gitt det en verdi og ikke sett for seg livet uten. Dette så ut til å ha forandret seg de senere årene. En beskrev det slik:

«Også har det etter hvert blitt sånn at «Å, så deilig uten!». Og det, det har jeg alltid tenkt på som skremmende før, at jeg liksom skulle bli lei av å knarke. Men, det har jeg faktisk blitt da».

En annen beskrev det samme i forbindelse med å slutte med kriminalitet. At han gjennom flere år hadde drevet med kriminalitet, også for spenningens skyld, men at dette ikke er det samme lengre.

«Jeg er så ferdig, jeg kan juble når jeg hører meg selv si det. Det hadde jeg aldri trodd. Og jeg har sagt «aldri si aldri» før, men det er faktisk tilfelle at du kan vokse ut av disse greiene altså. Fordi det blir en blek etterlikning av hva et en gang var».

En annen viktig konsekvens av å bli eldre var «å bli rundere i kantene». Dette handlet om forholdet til hjelpeapparatet og den kontrollen de hadde opplevd som svært frustrerende tidligere. Det var fortsatt ikke noe de likte, men flere hadde erkjent at det gjøres i beste mening. Det kunne ses på som en forsoning med resten av samfunnet. Mange hadde vært hatefulle til «systemet» og samfunnet, men klarte nå å se sin rolle og sitt ansvar i det som hadde skjedd i livet. Her så det ut til å skille noe mellom de som har mange år i LAR og den med kortere behandlingstid. En av deltakerne hadde vært kortere i LAR og trakk fram kontrollen som svært ubehagelig og stigmatiserende. Få av de andre snakket om dette i noen grad.

Selv om de fleste kjente at helsa skrantet, hadde alle tanker av hva som skulle til for å gjøre livet bedre. Generelt handlet det om å gjenvinne kontrollen over livet og kroppen. De aller fleste trodde de ville oppnå dette ved å avslutte LAR behandlingen og å få ordinært arbeid. Deltakerne opplevde også at de i større grad var i stand til å nå sine mål og at gjennomføringsevnen var bedre enn i yngre alder. Informantene forteller også om at de er mer realistiske i valg av mål og at de ikke lengre er så utålmodige på veien. Det er ingen som uttrykker direkte at de har dårlig tid, men heller at de har erkjent at de trenger mye tid og hjelp til å komme i mål for å få noen fine år mot slutten av livet. Frustrasjonen var derfor stor der informantene følte de ikke fikk den hjelpen de trengte. Spesielt var dette tydelig der det var et ønske om å avslutte LAR behandlingen.

Samlet sett gir dette et inntrykk av at deltakerne ønsket å nærme seg det øvrige samfunnet og finne sin plass der og slippe å gjemme seg lengre. Disse følelsene fremsto som svært alvorlig for alle og det var noe de stadig kom tilbake til i intervjuene. De beskrev det som noe som hadde vokst fram og drivkraften var sterk.

«Jeg er kanskje litt slow going forward, men så har jeg kommet dit nå, da».

Generelt kan det se ut som informantene følte mer ansvar, men selv om de opplevde å bli rundere i kantene overfor andre, så det ut til at de var blitt strengere mot seg selv. Flere beskriver en sterk anger over egne handlinger tidligere i livet og at det nå er vanskelig å leve med dette. Noen fortalte om slike følelser i forhold til nyktre venner eller andre betydningsfulle opp

gjennom livet og de fleste fortalte om forhold til foreldre og egne barn. En av informantene beskrev det slik:

«Du jo mye andre tanker i hue nå som du ikke hadde når du var yngre da Som samvittighetstanker og skyldfølelse. Det var liksom litt lettere å riste av seg sånt før og unnskyldte seg med det og det. Sånn er det ikke lenger. Det er del av det å bli eldre da og føle på at det ikke var så veldig bra når ungene min vokste oppe ... ja, den biten der da. At dem har fått ... eh ... mye ... psykisk juling for å si det sånn, så ... det er vanskelig!»

Ønske om å være nyttig

Et tema som gikk igjen hos alle på en eller annen måte, var det økende behovet for å være nyttige. Behovet for å hjelpe andre, og at andre trenger deres hjelp, var viktig for alle. Dette kom informantene stadig tilbake til og temaet fremsto nærmest som en konklusjon for deltakerne og ga mening til livet framover. For mange knyttes dette til ønske om å være til nytte for familien – for foreldre, barn eller barnebarn.

«Ja, at familien kan bruke meg og at jeg er der ikke sant, at jeg kan være tilgjengelig. Ja, det er det viktigste. Jeg vil at foreldra mine skal oppleve at jeg kan stille opp».

Jobben ble også trukket fram som en arena som ga mulighet for å føle seg nyttig.

«Jobben har egentlig vært fristedet mitt, der har jeg vært en ressurs og ikke bare en sytekopp».

Det handlet om å bidra positivt til andre- gi tilbake eller gjøre opp for seg, men også for egen skyld. Å være til nytte virket som en måte å få kontakt med samfunnet på. At det på den måten kunne gi positive ringvirkninger for individet selv og forebygge sosial isolasjon og ensomhet.

«Jeg tror at hvis jeg kommer mer sammen med folk så løser det seg. Et sted å gå til og folk som trenger meg. Det er det viktigste»

5.8.2 Å avslutte LAR

Å avslutte LAR var et sentralt tema hos fire av informantene. Dette temaet var i utgangspunktet ikke en del av intervjuguiden, men ble drevet frem av informantene selv. Derfor har jeg valgt å se på dette som et eget fenomen.

Kun en var åpen for at LAR kunne bli en livslang behandling. Som vist tidligere mente de fleste at avslutning av LAR behandlingen var en nødvendighet for å kunne få en god alderdom, eller en alderdom i det hele tatt. En deltaker formulerte det slik:

«Jeg skal ut av LAR, jeg, ellers kommer jeg til å blåse hue av meg».

Mye frustrasjon spant rundt dette temaet og informantene hadde mange meninger og erfaringer de ville dele. I hovedsak fremkom det en diskrepans mellom deres sterke motivasjon for å avslutte og barrierene de møter på veien dit. Følgende sitat illustrerer dette:

«Jeg har liksom fått 10 år i gave, men jeg har jo ikke noe liv! Jeg blir liksom bare overlatt til meg selv. Jeg føler at alle har sett seg blinde på at jeg skal gå på disse medisinene resten av livet».

Barrierer

Holdninger i hjelpeapparatet ble trukket fram som en sentral barrierer for å kunne avslutte LAR. Alle som ønsket det hadde det tatt opp med fastlegen, kommunen eller TBS, men følte at de ikke ble tatt på alvor. De opplevde at hjelpeapparatet ikke har kunnskap rundt temaet og at de derfor ikke får den informasjon de føler at de trenger. Ingen hadde blitt nektet å trappe seg ned, men informantene mente de hadde behov for mer oppfølging enn de fikk tilbud om. Dermed torde de ikke prøve. Informantene ville gjøre det ordentlig, men enten trodde ikke hjelpeapparatet på dem eller så ble de ikke møtt på sine ønsker om premissene for nedtrapping. En deltaker oppsummerte det slik:

«Det er veldig frustrerende. Jeg blir ikke tatt på alvor når jeg sier at jeg vil ut av LAR».

Det å være i en *ordinær jobb* opplevdes som en barriere i den forstand at informantene så for seg at de må være sykemeldte i lang tid i forbindelse med nedtrappingen. De fryktet også at de vil trenge lengre tid nå enn når de var unge. Alle mente dette skyldes alderen, men de som

hadde gått på metadon lange, mente også at medisinenes egenskaper gjorde det vanskeligere å avslutte. Disse faktorene ville dermed øke ubehaget i en nedtrappingsfase og kreve lengre tid enn de følte de kunne være sykemeldte fra arbeidsplassen.

«Meninga var jo å trappe meg ned, men så var jeg i jobb heltid og det var ikke så lett å trappe seg ned og jobbe samtidig liksom».

Frykten for hva som møter dem i en nedtrappingsperiode var til stor bekymring for de som ønsket å avslutte LAR behandlingen. De mente det var tungt med abstinenser i deres alder og var redde for hvordan kroppen vil takle det. En annen ting var frykten for det ukjente- hva møter dem? Hvilke følelser dukker opp? Hvordan vil livet se ut etterpå?

«Når du er 50-60 år er det tungt med abstinenser for eksempel, det er ikke noe du gjør for moro skyld. Dessuten er jeg redd ting dukker nok opp etter 14 år med lokk på følelsene og slike ting preller ikke av like lett som det gjorde før».

Institusjonene fremsto som en barriere i seg selv. De opplevde det som problematisk at de må sitte sammen med folk i så forskjellig situasjon som dem- unge pasienter som ikke er ferdig med å ruse seg eller folk som trappes opp på LAR medisin. I tillegg mente de fleste at de vil trenge mye lengre tid enn de får tilbud om. Noen mente også at de ville få bedre medisinsk hjelp fra fastlege enn inne institusjonene og var derfor skeptiske til innleggelse i en nedtrappingsperiode. Erfaringer fra tidligere behandlingsopphold var også vesentlig. De som hadde negativ erfaring fra langtidsbehandling, husket godt alt doppratet på slike steder og folk som dro med seg rusmidler inn i avdelingene. De orket ikke tanken på det nå og så ikke for seg at de kunne finne sin plass på ordinære behandlingsinstitusjoner for rusavhengighet. Andre som ikke hadde erfaring fra langtidsbehandling eller positiv erfaring, var mer åpne til den type behandling nå.

Motivasjon

Ønske om å bli nykter var en motivasjon for å avslutte LAR behandlingen. De som ønsket å avslutte behandlingen oppfattet ikke seg selv som nykter så lenge de gikk på LAR medisin. Den ene som så for seg en livslang behandling, oppfattet seg selv som ferdig med å være narkoman, men så på seg selv som en LAR pasient. En uttrykte det slik:

«Faen, jeg vil ikke være narkoman! Jeg skal bli nykter».

Dette handlet både om de kroppslige plagene de kjente på, men også om deres sosiale liv. Alle forteller at de i store deler av livet har følt seg utenfor samfunnet. Først som heroinister, deretter som pasienter i LAR. En påpeker at det har vært en negativ endring i samfunnets holdning til LAR de siste årene og formulerer det slik:

«[...] folk reagerer på en helt annen måte i dag. Hvis du sier du går på metadon nå, til folk, Å! da er du en slange altså. Da er du virkelig høl i hue. Virkelig. Men i '99 var de så glad for at vi slutta med heroin og sånn».

Flere følte at de var tvungne til å lyve om at de var i LAR. Løgnene virket tærende på deltakerne og som en forlengelse av livet før LAR- med illegal rusbruk. Flere hadde holdt LAR behandlingen skjult for arbeidsgiver og kollegaer i de hadde de hadde vært i behandling. En hadde vært åpne om for eksempel fengselsopphold, men utelatt å fortelle om at de var pasient i LAR.

Medisinen i seg selv fremsto også som motivasjon for å avslutte behandlingen. På den ene siden opplevde de ikke at medisinen gjorde dem noe godt lengre og på den andre siden er de avhengig av den. De fleste sa at medisinen fungerte bra de første årene, men at det begynte å gå andre veien etter det. Denne opplevelsen beskrives i kapittelet om helse. En deltaker forteller det slik:

«Det har blitt en sånn negativ greie og jeg fokuserer veldig negativt på de medisinene».

Flere av informantene trakk frem *familien* som en sterk drivkraft til å avslutte LAR behandlingen. Det kan se ut som mye av dette handler om «å gjøre opp for seg». Dette er spesielt knyttet til at de ikke har følt seg tilstede i familien i årene med LAR behandling. Mye av dette ble knyttet til det «å ikke orke noe» som er beskrevet under kapittelet om helse og til kapittelet om «Ønske om å være til nytte».

«Jeg håper jeg kan få noen allrighte år. Det er derfor jeg vil av medisinen. Det er det som ligger bak. For min egen del, men ikke minst for familien».

Alle trakk fram at de «ikke vil ende opp som de andre» og mange følte de er på god vei. De fortalte om LAR pasienter som har begynt på amfetamin etter mange år, bare for å orke å gå ut av døra, eller andre som har utviklet et alkoholproblem. Gamle kammerater som har havnet i rullestol eller er alvorlig syke. Og sist men ikke minst fortalte de om de tilsynelatende

«vellykka» LAR pasientene ingen ser- de som kun kommer ut når de skal hente medisinene på apoteket og ellers sitter hjemme og er helt isolerte. En av deltakerne oppsummerte det slik:

«Det er jo ikke noe liv. Dit er jeg på vei og det vil jeg ikke. Ikke tal om!»

Å kjenne på noe nytt, som beskrevet under «Å begynne å bli eldre», så også ut til å fungere som motivasjon for å avslutte LAR behandlingen.

5.8.3 Hjelpeapparatet- erfaringer og tanker om forbedring

Utgangspunktet for dette temaet var spørsmål om behandlingserfaring siste fem år og hvilke tanker informantene hadde om fremtidig behandling av eldre pasienter i LAR. Dette viste seg å være et vanskelig tema. Svarene fremsto grunne og informantene ga få refleksjoner. Dette kan skyldes spørsmålsformuleringene, men først og fremst kom det nok av at de ikke hadde mye behandlingserfaring de siste fem årene. Ingen av deltakerne hadde erfaring fra sykehjem, hjemmesykepleie eller lignende hjelpetiltak de kunne fortelle om fra de siste fem årene. Videre virket det som om de hadde vanskelig for å identifisere seg med det å være eldre og hadde derfor ikke tenkt på hvilken behandling de ville ønske seg eller ha behov for framover. De fleste ønsket seg jobbe og et aktivt sosialt liv, også spurte jeg om sykehjem. Allikevel, etter transkriberingen, fremsto deltakernes erfaring med hjelpeapparatet som rikt, men beskrivelsene kom frem under andre temaer. Erfaringen dreier seg først og fremst om LAR. Deretter kom tema om somatikk og psykiatri opp. I begge kategoriene var deltakerne mest opptatt av spesialisthelsetjenesten og fastlegen. Analysen om erfaringene med fastlegen var spesielt vanskelig å få tak, da fastlegens rolle ble oppfattet som todelt- foreskrivende LAR- lege og ordinær fastlege. Kommunen blir trukket fram i form av rustjenesten. For å få best organisering av resultatene er både erfaring og tanker om forbedring beskrevet under følgende temaer: 1) LAR-systemet, 2) Fysisk og psykisk helsehjelp og 3) Det øvrige hjelpeapparatet.

LAR- systemet og TBS- tverrfaglig spesialisert rusbehandling

LAR behandlingen er organisert i et treparts samarbeid mellom kommunen, fastlege og spesialisthelsetjenesten. Alle deltakerne i denne studien hadde mest kontakt med fastlegen og kommunale rustiltak i forbindelse med LAR behandlingen.

Det var mye frustrasjon rundt spesialisthelsetjenesten- ved tverrfaglig (TBS). Først og fremst DPS, men også døgninstitusjonene. Det er også mye frustrasjon rundt fastlegens rolle i LAR,

men samme lege kan oppleves som dyktig og handlekraftig når det kommer til somatikk. De kommunale rustjenestene oppleves som dyktige og tilgjengelige og er en viktig del av manges liv. Derimot mente de fleste at kommunen ikke kunne fylle behovet for medisinsk kompetanse rundt LAR behandlingen, selv om de ofte er delaktige gjennom ansvarsgruppemøter.

Mange mente behandlingen generelt burde tilrettelegges bedre for de eldre LAR pasientene. Dette handlet i stor grad vil om å tilrettelegge for avslutning LAR behandlingen på en god måte. Flere mente det burde være et system for de som ønsker å avslutte. Institusjonene burde være tilpasset de som skulle avslutt og skille eldre og yngre i større grad. Dette handlet mye om tidligere erfaring med at spesielt de yngre tar med seg dop inn og at det blir mye dop prat. Det ble også trukket fram at den umyndiggjøringen som oppleves på en ordinær institusjon ikke vil være hensiktsmessig for deres aldersgruppe. De som ønsket seg en innleggelse under nedtrappingen mente de vil trenge lengre tid enn tre uker slik som et avgiftningsopphold er i dag. Hvis de ønsket å trappe seg ned hjemme, ønsket de en langvarig, planlagt oppfølging som inkluderte lege og psykolog fra spesialisthelsetjenesten, før under og etter nedtrappingen. Ideelt sett skulle de ønske seg lavterskel omsorgsplasser som kunne benyttes hvis ting ble vanskelig i perioder og som pasienten selv kunne henvende seg til. Noen mente at eldre LAR pasientene burde få tilbud om alternative medisiner som for eksempel metadontabletter. De mente at dette ville ført til en nedgang i pillebruket og alkoholkonsum. Det var også flere som sa de ikke ville lagt seg inn på TSB institusjon, da de opplever at det medisinske tilbudet er dårligere enn det de ville fått hos fastlegen.

Å ha noen å snakke med blir trukket fram av flere. Både som et sosialt behov, men også profesjonelt- i grupper og individuelt. Behovet for å snakke med likesinnede og å dele erfaringer hva gjelder å bli eldre med LAR behandling er stort, men også ønsket om at kunnskapen og informasjonen er til å stole på. Flere opplever at det går mye rykter om hvordan LAR medisinen fungerer og ikke fungerer uten at det nødvendigvis er reelt. Flere refererer til Felleskatalogen og har sine klare meninger om hva som skyldes hva, uten at fagfolk har vært involverte. Det blir påpekt at både fastlegen og DPS mangler kunnskap om nedtrapping, aldring og effekten av å gå på LAR medisin over mange år og at selv om de har forsøkt å innhente kunnskap fra fagfolk opplever de ikke å få svar.

Generelt opplever deltakeren at de var nedprioriterte i TBS. En fortalte at representant fra LAR ikke dukket opp på planlagt ansvarsgruppemøte når nedtrapping skulle diskuteres. En annen

hadde fått avslag på søknad om langtidsbehandling og blitt henvist til omsorgstilbud. En tredje opplevde at søknad om psykologisk behandling ble trenert og fortalte følgende:

«Så søkte jeg om ... eh ... ja, psykolog eller psykiater gjennom LAR. Det søkte jeg om i mars (2013) og har til dags dato ikke fått det (januar 2014), enda jeg har purra og purra og purra. Og det jeg har sagt til dem og, at det er noe de må skjerpe seg på, for det er jo elendig oppfølging».

Generelt etterlyser deltakerne tilgang til lege eller psykiater med spesialkompetanse rundt medisinske spørsmål knyttet til LAR behandlingen.

«For det første kan man ikke snakke med medisiner til rustjenesten, det er ikke deres felt, men det er det søren meg ikke på DPS heller. Og fastlegen min har jo begrensa med tid og kunnskap. Men han har jo vært en grei lege og samarbeide med, så hadde jeg ikke hatt han, hadde jeg ikke hatt noe egentlig, som kunne forklart meg noe som helst».

Ellers uttrykte alle en bekymring for de yngre pasientene i LAR. De mente det er altfor dårlig informasjon om hvordan medisinen fungerer og at det fremstilles feilaktig som en vidunderkur. Å vite at medisinen kun virker et par år og at du etter dette blir svært passiv og får nedsatt seksuell lyst, vil for eksempel være med å gi nye pasienter et bedre grunnlag for å ta valget.

«Og det er skremmende at dem nå har dem begynt å gi medisiner til yngre folk som egentlig ikke har hatt opiatmisbruk og ... jeg vet ikke om de ser på det som en mirakelkur, eller om det er den eneste behandlingen de har nå. Og det må behandlingsapparatet ta innover seg. De trenger noe nye ressurser, noen nye ... hva skal man si ... selvfølgelig gjelder det ikke alle, men jeg synes dem mangler».

Mange unnskylder fastlegen med at de er så presset på tid, eller at han har begrenset med kunnskap, men gjør sitt beste.

Fysisk og psykisk helsehjelp

Få av informantene forteller at hjelpeapparatet snakker med dem om det å bli eldre. En har erfaring med at kommunen er opptatt av dette i forbindelse med LAR behandlingen, men ellers har ingen erfaring med at temaet tas opp. Ingen uttrykte spesielt savn etter dette heller, men de fleste opplever at det mangler kunnskap og interesse rundt «det å ha gått lenge på LAR

medisin». Allikevel opplever de at de å bli tatt godt vare på når det gjelder reelle fysiske plager hos fastlege og ved sykehuset i forbindelse med utredninger og oppfølging. To av informantene har kroniske sykdommer og opplever spesielt god støtte og oppfølging ved sykehuset.

«Sykehuset, og denne diabetessykepleieren, det er veldig, veldig fin støtte altså».

Fastlegene beskrives generelt som dyktige til å ta fysisk sykdom på alvor og henvise videre til spesialister. Uten han hadde de ikke hatt noen som kunne skakke med dem om helsa si. Det kan virke som om det er mer varierende erfaring hva gjelder psykiske lidelser. Hvis psykisk helse var blitt tatt opp varierte det om de har snakket med fastlege eller kommunen. En hadde erfaring med poliklinisk samtaler ved DPS, opplevde ikke å få den hjelpen hun var i behov av og valgte derfor å avslutte. Prioriteringen begrunnes også i økonomi.

Øvrig hjelpeapparat

Kun en informant hadde hatt tilbud fra kommunale tjenester innenfor psykisk helse, men opplevde at å ha kontakt med for mange hjelpetiltak økte følelsen av å være utenfor samfunnet. Han hadde jevnlig oppfølging fra den kommunale rustjenesten og poliklinikk på sykehuset i forbindelse med kronisk sykdom.

«[...] og det synes jeg i grunn er nok, jeg altså. For du vil gjerne leve som andre. Og det er veldig viktig synes jeg. For ellers føler du deg bare utafor ... enda mere liksom».

Informantene hadde ikke selv behov for tjenester som sykehjem eller hjemmesykepleie i dag, men uttrykker bekymring for den økende sykkeligheten de ser hos «de andre» LAR pasientene som begynner å eldes. Det påpekes også at dette er en spesiell gruppe som hjelpeapparatet ikke er forberedt på. De fleste er tydelige på at de ikke identifiserer seg med denne gruppen LAR pasienter.

«Og det kommer til å bli et stort problem etter hvert. Det er mange som har fysiske og psykiske plager, som etter hvert ikke kommer til å klare seg selv, som blir avhengig av ... hva skal man si, hva er det det heter ... sånn ... omsorgshjem, eller og dem blir kanskje plassert på pleiehjem og du vet det er ikke bare å samle disse folka på et aldershjem. Det er en helt ny type pasienter dem kommer til å få da og en krevende pasientgruppe som jeg ikke tror dem er forberedt på i det hele tatt».

Det er ingen som reflekterte spesielt rundt hvordan tjenestene til denne gruppen burde organiseres og hadde få spontane tanker rundt det. Da ble informantene fortalt om at det i noen kommuner i Norge er forsøkt med egne sykehjems avdelinger for rusmiddelavhengige og spurt hva de tenkte om det. Noen svarer at de ikke vet, andre svarer kort at ingenting burde være prøvd mens noen uttrykker skepsis til å samle denne pasientgruppen på samme sted.

5.9 Diskusjon

5.9.1 Eldre LAR pasienters behov

Fysisk helse

Informantene forteller om økt sykkelighet på flere områder, med forverring de siste årene. Beskrivelsene lot seg inndele i to kategorier: 1. kroniske og diagnostiserte fysiske helseplager de mottok behandling for og 2. udiagnostiserte, mer diffuse plager.

De fleste informantene opplevde å bli godt ivaretatt hos fastlege og spesialisthelsetjeneste i kategori 1. På den måten opplevde de større kontroll og mestring av sykdommen som dekker behov for sikkerhet og trygghet i en ellers vanskelig situasjon. Sykehuset ser ut til å utvise gode og ivaretagende holdninger overfor denne gruppen. Dette kan skyldes mange faktorer- alt fra individuelle egenskaper hos behandlende instans eller hos pasienten. Det kan også skyldes type helseproblem og at sykdom som lettere lar seg diagnostisere og behandle er også lettere å forholde seg til for helsepersonell. Uansett kan dette dekke behov for respekt og anseelse. Det kan tenkes at plager som diabetes og hjertesykdom til tross for sin alvorlige karakter også skaper en tilhørighet til normalbefolkningen på informantenes alder. Det oppstår møteplasser der informantene treffer andre i samme alder og med samme plager der det å være LAR pasient kan være sekundært. På den måten kan informantene også dekke sosiale behov. Så til tross for at tre av fem informanter var diagnostiserte med alvorlige kroniske lidelser var det ikke dette temaet de var mest opptatt av. I følge Maslow (1943) kan dette forklares med at flere grunnleggende behov ble dekket gjennom god oppfølging og behandling. Det er ikke dermed sagt at de er uberørte av sykdommen, men at ivaretagelsen fra fastlege og sykehus er så god at det dekker grunnleggende behov som oppstår i slike situasjon. Dette er også i tråd med Hjort (1998) sin definisjon av helse som evnen til å mestre og tilpasse seg vanskelige forhold.

I kategori 2 forklarer informantene plagene som bivirkninger av LAR medikamentet de går på. Dette kan være tilstander som bør behandles i somatikken, men det kan også være psykosomatiske symptomer. En av informantene var for eksempel under utredning for smerter i magen, men hadde ikke funnet ut hva smertene kom av. Disse plagene var det knyttet større bekymring rundt og var sentral i begrunnelsen for hvorfor de fleste ville avslutte LAR. Problemstillingen behandles nærmere under «Psykisk og sosial helse».

Til tross for at informantene fortalte om økt sykkelighet de siste årene, hadde jeg ventet å møte en gruppe mennesker som var mer bekymret for den fysiske helsen sin. Dette kan skyldes at eldre LAR pasienter ikke er i så dårlig fysisk form som antatt, men det kan også skyldes utvalget. Allikevel uttrykte informantene bekymring for gamle kammerater med økt sykkelighet som hadde vært lenge i LAR. Det kan være at økt sykkelighet ikke direkte har sammenheng med alder, men med antall år i LAR behandling eller livsstil. Selv om det er forskjeller i kategori 1 og 2, kan det også reflektere at behandling og ivaretagelse i hjelpeapparatet i stor grad ivaretar grunnleggende behov hos pasientene.

Psykisk og sosial helse

Behov for psykisk helsehjelp fremsto derimot som et område der informantene hadde udekkede behov. At rusmiddelavhengige personer har flere grunner til å utvikle depresjon er forståelig. Depresjon kjennetegnes ved passivitet, handlingslammelse, mangel på energi, nedsatt grunnstemning, pessimisme, meningsløshet og manglende fremtidshåp. En person som er deprimert vil ha et negativt syn på seg selv, omgivelsene og fremtiden (Halvorsen, 2005). Informantene fortalte i tillegg om «å ikke orke noe» og «å være sliten». Det er nærliggende å tolke slike utsagn som uttrykk for depresjon. Men det kan også være et uttrykk for ensomhet og sosial isolasjon. Informantene fortalte nettopp om udekkede behov knyttet til meningsfulle sosiale nettverk. Enten uttalt som ensomhet og mangel på venner og partner, eller knyttet til ønske om å forbedre forhold til foreldre, barn og barnebarn. Dårlig sosial støtte ser ut til å ha betydning for utvikling av depresjon, spesielt blant eldre (Grav, 2011). Sentralt stod også behovet for gjensidighet i hjelp og støtte fra nettverkene- behovet for å være til nytte. Alle mennesker har behov for å føle at noen trenger deg, men det å få være til nytte ser ut til å være spesielt viktig for denne gruppen. Dette underbygger Eriksons teori. Å være til nytte er en forutsetning for utvikling og fornyelse i dette stadiet og kan dermed ses på som en forebygging av økt konflikt i senere alder. Dette er sammenfallende med de beskrivelsene informantene i

denne studien beskriver og som fremstår som essensielt for at livet videre skal bli bra. Maslow knytter ønsket om å være nyttig til behov for respekt og anseelse, men elementet å være til nytte ses også i behovet for gjensidige sosiale nettverk. Alternativet er ifølge Erikson stagnasjon og isolasjon. Dette forteller også informantene om. Enten som en frykt eller som noe de allerede har kjent på. Maslow mente at mennesker kan utvikle angst og depresjon dersom behov knyttet til respekt og anseelse mangler. Hva som kommer først av depresjon og sosial isolasjon, og hvordan, eller om, disse fenomenene henger sammen kan ha flere forklaringer. Uansett har man sett en klar empirisk sammenheng mellom opplevd ensomhet og depresjon (Halvorsen, 2005) noe som behovsteoriene også underbygger. Ønsket om arbeid kan også trekkes inn her. Alle informantene mente at arbeide kunne dekke sosiale behov, men også behov for å være til nytte og å få aksept fra samfunnet. For uten sosiale behov og behov for respekt og anseelse, kan arbeide også ses på som et mål for å oppnå trygghet. Dette gir et inntrykk av at deltakerne ønsket å nærme seg det øvrige samfunnet og finne sin plass og slippe å gjemme seg lengre. Så der mange i normalbefolkningen begynner å tenke på å trappe ned arbeidet, var flere av deltakerne klare for å gå inn i det ordinære arbeidslivet.

Fysiske plager av mer diffus art kan som sagt være uttrykk for psykosomatikk, noe som i tilfelle vil understøtte teorien om økt tendens til psykiske lidelser hos elder LAR pasienter. En slik tolkning kan også være grunnen til at informantene opplever å ikke bli tatt på alvor. Det kan for eksempel være at en lege vil synes det er problematisk å behandle angst og depresjon medikamentelt hos LAR pasienter på grunn av deres rusmiddelavhengighet og interaksjon med LAR medikamentet. Det kan også vitne om eldre personer med psykiske lidelser ikke prioriteres i stor grad. Spørsmål om rus var ikke en del av intervjuguiden i denne studien, men det kan ikke utelukkes at noen ruset seg uten å fortelle om det. En slik faktor kan også forklare noen av plagene informantene fortalte om som for eksempel angst, depresjon og søvnproblemer.

LAR

Informantenes sterke ønske om å avslutte LAR behandlingen kan ses på som en motivasjon for å dekke behov knyttet til fysisk og psykisk helse, men også som motivasjon for å oppnå tilhørighet til samfunnet, forbedre eller opprette sosiale fellesskap og for å skape en identitet som rusfri. Her vil preferansene variere, men de mange behovene som ligger bak ønsket om å avslutte LAR kan forklarer noe av den sterke motivasjonen som uttrykkes i den forbindelse. Barrierer som informantene opplever i forbindelse med avslutning av LAR, kan forstås som

trusler mot grunnleggende behov. Spesielt ble dette tydelig når det gjelder tanken på abstinenser som kan tolkes som en trussel mot grunnleggende fysiologiske behov. Informantene forteller at de vil tåle abstinenser dårligere enn da de var yngre. Det er naturlig å tenke at en aldrende kropp vil få en større belastning enn en yngre kropp. I tillegg hadde enkelte kroniske lidelser som forverres under abstinenser som for eksempel hjertelidelser. Selv om vi må anta at de fleste som lever i Norge har grunnleggende fysiske behov dekket, kan man se på abstinens som en trussel mot rusmiddelavhengiges fysiologiske balanse. Maslow (1943) mente at de de grunnleggende fysiske behovene på mange måter er de sterkeste. Dette er ikke overraskende, men det forklarer den store frustrasjonen informantene opplever i diskrepansen mellom ønsket om å avslutte LAR og frykten for abstinenser. For som vi har sett er ønsket om å avslutte LAR drevet fram av andre grunnleggende behov, som samlet sett forklarer den sterke motivasjonen bak ønsket.

Deres ønske om informasjon og kunnskap rundt LAR kan ses som en motivasjon for å dekke behov for trygghet. Å søke kontroll blir en måte å oppnå trygghet og forutsigbarhet på- i motsatt fall vil det true grunnleggende behov for trygghet. På samme måte kan vi forstå behovet for psykisk helsehjelp og meningsfulle nettverk. Mangelen på dette vil øke opplevelsen av fremmedgjøring og dermed true utsikt for trygghet. Men det kan se ut til å ligge flere behov bak en motivasjon. Ønsket om å avslutte LAR og søken etter meningsfulle nettverk kan også tolkes som behov for tilhørighet i nære relasjoner og til samfunnet forøvrig.

Et viktig poeng i denne sammenhengen var om informantene opplevde å kunne kontrollere denne prosessen eller ikke. Der informantene ikke opplevde å kunne påvirke sin situasjon, uttrykte de større motløshet, men også som økt kunnskap og informasjon om LAR medikamentets langtidsvirkning, nedtrapping og naturlig aldring.

Noen å snakke med

Flere informanter opplever mangel på å ha noen å snakke med om de vansker de har rundt sin helse. Jeg forstår dette som 1. Behov for behandling av depresjon og bearbeiding av skyldfølelse og anger og 2. Uttrykk for sosiale behov. Her drøftes førstnevnte kategori. Det henvises til delkapittelet «Psykisk og sosial helse» ovenfor for drøfting av sistnevnte.

Erikson (1968) mener at tilbakeblikk er viktig for utvikling av ego-integritet. De fleste informantene fortalte om tilbakeblikk på livet før og under LAR som sårt og skamfullt. Tilbakeblikk kan være alt fra overfladiske minner og gode historier til en mer aktiv prosess med

vurdering og revurdering av det livet som er levd (Daatland, 2000). Det vil være naturlig å tenke at tilbakeblikk ikke vil tjene til noe godt hvis minnene stort sett er negative og faren for å bli hengende igjen i vonde minner kan være uheldig. For de fleste informantene i denne studien virket tilbakeblikkene også som en drivkraft til forandring og oppgjør. På denne måten ser tilbakeblikkene ut til å være nyttig som en påminnelse om at til tross for kriser og problemer i livet har informantene overlevd livet som rusmiddelavhengig. Dette kunne se ut til å øke motivasjonen til å mestre nye krav i nåtiden. På den måten vil tilbakeblikket også være fremtidsrettet. En av informantene fortalte at han hadde tatt små oppgjør underveis. Dermed virket hans tilbakeblikk på livet mer lystbetont, med mindre han forholdt seg til minnene mer som historier og ikke som aktiv bearbeiding. Behovet for bearbeiding er kan også ses på som en del av behovet for psykisk helsehjelp.

Fremtiden

Informantene fortalte om å stå overfor noe nytt- at de var motiverte for forandring i livet slik at de kunne finne sin plass i samfunnet, finne et fellesskap, føle seg akseptert av venner, familie, kollegaer og samfunnet for øvrig. Til tross for de udekkede behovene som avdekkes i denne studien uttrykker altså informantene håp og et positivt syn på fremtiden og alderdommen og med en stor drivkraft til å foreta forendringer i livet. At dette kan virke som et paradoks, kan skyldes et ensidig syn på hva velferd er. Ved å se velferd som et uttrykk for hvor gode levekårene er, kan man glemme å ta hensyn til at velferd også er et subjektivt fenomen og avhenger av personlige preferanser (Daatland, 2000). Hva en er fornøyd med kan variere fra individ til individ og det kan endre seg med årene. Det var viktig å ta med denne biten da resultatene overrasket meg, på dette punktet. Informantenes opplevelse av å eldes var på mange måter positiv. Det er kanskje ikke så annerledes enn hos normalbefolkningen. Undersøkelser viser at eldre i stor grad sier seg tilfredse med tilværelsen. I en oppsummering av forskning rundt trivsel og livskvalitet hos eldre, konkluderer Coleman (1990, i Daatland, 2000) med at eldre mennesker faktisk ser ut til å trives bedre enn yngre.

Håpet om en god alderdom står allikevel i konflikt med kjennetegn på depresjon. Både denne studien og studier om eldre generelt finnes samme dobbelthet- økt omfang av depresjon og økt trivsel. Dette kan bety at informantene i større grad er plaget av effekter av sosial isolasjon. Dermed er det nærliggende å forstå nedstemtheten som faresignaler for utvikling av depresjon og ikke symptomer på patologi.

Refleksjon over referanserammen

Hvordan disse funnene kan forklares er her drøftet opp mot teorier om behov generelt og i forhold til aldersrelaterte behov. Det er også verd å merke seg at funnene også kan forklares ut i fra egenskaper hos denne kohorten og de kulturelle rammene de er vokst opp i.

Alle informantene har vokst opp i et samfunn med store forandringer og mange tilhørte i sin ungdom subkulturer som hadde stor avstand til det etablerte samfunnet. Det kan også være at resultatene reflekterer egenskaper ved denne generasjon generelt. For eksempel kan eldre i dag ha vanskeligere for å snakke om psykisk helse enn yngre. Dersom de har støttende sosiale nettverk vil de kanskje ikke benytte seg av dem uansett og terskel for å søke hjelp desto større. Sannsynlig er det snakk om en kombinasjon, men det vil uansett være vanskelig å vite med sikkerhet om resultatene kan fortelle noe om fremtidige eldre grupper i LAR. Resultatene kan også speile lokale karakterer ved behandlingsapparatet. De to kommunene hvor deltakeren var rekruttert fra har en kultur og organisering der TBS har vært lite deltakende. Det er derfor naturlig at alle deltakerne i denne studien for eksempel hadde mest kontakt med fastlegen og kommunale rustiltak i forbindelse med LAR behandlingen.

5.9.2 Metoderefleksjon

Denne delen av studien har flere begrensninger. For det først er sykdomsbildet gjort ut i fra selvrappotering. Studien beskriver hvordan pasientene opplever situasjonen sin nå. Rekrutteringen er kun fra to kommuner med relativ lik organisering. Dette gjør det vanskelig å generalisere. Kjønnsperspektivet er heller ikke trukket inn i denne studien, noe som kan være av betydning. Utvalget i en kvalitativ studie er ikke nødvendigvis representativ, men skal gi en dypere forståelse av informantenes livsverden enn hva kvantitative studier kan gjøre (ref). Allikevel kan utvalget i denne studien representere svakheter ved resultatene. Det kan hende personene som ble rekruttert til studien representerer de «friskeste» LAR pasientene i denne aldersgruppen. Frafallet i rekrutteringsfasen kan tyde på det. I så fall kommer kanskje ikke stemmen til de mest hjelpetrengende til i denne oppgaven. Men det er også mulig å tenke seg det er de pasientene med mest stabile liv også er de som lever lengst, på den måten vil kanskje dette utvalget være mer representativt. Bakgrunnen for valget om å intervju de eldste LAR pasientene var ut i fra en hypotese om at de eldste også hadde det størst hjelpebehovet, men

samtidig kunne gi et bilde av hvordan utviklingen fra 50 år og oppover hadde vært. Det er imidlertid mulig ta økt sykkelighet ikke er knyttet til alder, men heller antall år i LAR eller livsstil. I så fall er begrepet «tidlig aldring» mer relevant og resultatene fra denne oppgaven vil dermed ikke kunne si noe om den gruppen.

5.9.3 Refleksjon over egen førforståelse

Som sykepleier har jeg en naturlig førforståelse knyttet opp mot helse. For å åpne opp for resultater utover det tradisjonelle medisinske begrepet, valgte jeg å se på helsebegrepet i vid forstand. Allikevel kan det være at analysen ville utartet seg annerledes dersom jeg hadde en annen bakgrunn. Som sykepleier i lavterskel rustiltak er det lett tro at erfaringer her i fra også gjelder personer vi ikke er i kontakt med. Dette kan ha vært grunnen til at resultatene overrasket meg. I innledende arbeid med denne oppgaven hadde jeg en forventning om å møte en gruppe mennesker med større avvik i forhold til den aldreslike normalbefolkningen og med større hjelpebehov knyttet til somatikk og kognitive vansker enn jeg faktisk gjorde. I tillegg hadde jeg forventet at informantene skulle være mer misfornøyde med somatisk oppfølging enn de var. Dette kan også forklares med mine erfaring fra en gruppe pasienter med mer ruspreget adferd.

Min tilknytning til kommunalt rustiltak i en av rekrutteringskommunene kan også ha påvirket resultatene. Både i form av hvordan informantene beskrev de kommunale rustiltakene og det kan ha ført til at noen informanter valgte å unnlate å delta.

6 Felles oppsummerende drøfting

I følgende kapittel diskuteres resultatene fra de tre delstudiene sammen og viser underveis hvilke implikasjoner dette vil ha for hjelpeapparatet og videre forskning

6.1 Somatikk

De kvalitative dataene i denne studien gir et bilde av en pasientgruppe med betydelige fysiske plager, men bedre enn forventet. Litteraturgjennomgangen gir et lignende bilde. Allikevel ble det ikke identifisert store udekkede behandlingsbehov knyttet til fysisk helse i den kvalitative delen. Til tross for bekymring hos de med kronisk sykdom, ble den påfølgende oppfølgingen opplevd som positivt på flere måter. Dette er ikke i samsvar med tidligere forskning. Studier fra USA har funnet at eldre pasienter i substitusjonsbehandling ikke er komfortable med å oppsøke hjelp for fysiske helseplager og at de i liten grad har kontakt med fastlege (Rajaratnam mfl., 2009, Conner & Rosen, 2008) og kontakten øker heller ikke med alderen (Rajaratnam, 2009). Forskjellene i resultatene kan skyldes at helsevesenet i Norge er organisert på en annen måte enn i USA. Det er for eksempel nærliggende å anta at frikortordningen i Norge gjør det lettere å oppsøke fastlege, altså at økonomi kan være en barriere for å oppsøke fastlege. Conner & Rosen (2008) fant metadonbehandling som et stigma som gjorde det vanskelig å oppsøke somatisk helsehjelp. Det kan derfor tenkes at gjennom tre parts organiseringen av LAR sikres de norske pasientene kontakt med fastlegen og at ansvarsgruppene er en arena for å ta opp problemer knyttet til fysiske plager. I rekrutteringskommunene i denne studien er LAR i tillegg organisert på en slik måte at spesialisthelsetjenesten har overført det medisinske ansvaret til fastlegen. En slik ordning kan ha ført til en behandlingsallianse av mer helhetlig karakter mellom pasient og fastlege.

Tuchmans (2007) studie om overgangsalder hos eldre kvinnelige metadonpasienter viser hvordan symptomene kan føre til forvirring for pasienten om de ikke diagnostiseres riktig og får hjelp til å plassere symptomene. Et slikt fokus ville vært naturlig å hatt i denne studien dersom det hadde vært flere kvinnelige informanter. Allikevel viser Tuchmans studie viktigheten av å ta med naturlige aldersforandringer inn i vurderingen av behandlingen av eldre LAR pasienter. For eksempel kan noen ønske å øke metadondose når de i realiteten burde redusere dosen med tanke på lavere metabolisme i økende alder. Eller at de vil ønske å avslutte

metadonbehandlingen på feil grunnlag. Dette gjelder flere av de mer diffuse plagene informantene i denne studien forteller om: Er det uttrykk for underliggende somatiske eller psykiske plager, eller aldersrelaterte naturlige forandringer og hvordan kan LAR behandlingen tilpasses? Spesielt viktig er utredning og vurdering av slike forhold dersom pasienten ønsker å avslutte LAR behandlingen. Dette kommer jeg tilbake til under kapittel 6.3.

6.2 Psykiske og sosiale tiltak

Til tross for at informantene forteller om god oppfølging av fysiske helseplager, ser mangelen på hjelp til psykiske plager derimot ut til å være mangelfull til tross for stort hjelpebehov. På bakgrunn av litteraturgjennomgangen og intervjuene gjort i denne studien ser det ut til at eldre LAR pasienter har en økt risiko for depresjon. I tillegg viser både resultatene fra dybdeintervjuene og litteraturgjennomgangen at denne pasientgruppen mangler meningsfulle sosiale nettverk og tenderer mot ensomhet og sosial isolasjon. WHO (2013) rangerer depresjon på fjerdeplass av ti sykdommer som medfører størst risiko for tap av livskvalitet og leveår. I tillegg viser britisk forskning at sosial isolasjon øker risiko for hyppige sykehusinnleggelser og død (Stephoe mfl., 2013). Å bygge og bevare sunne sosiale nettverk er viktig for alle aldersgrupper. Behovet kan allikevel være større hos eldre da deres sosiale nettverk ofte minsker ettersom venner og familie flytter eller dør. Tilbaketrekning kan også være en naturlig konsekvens av å bli eldre (Daadland, 2000). I tillegg kan tidligere rusmiddelmisbrukere i utgangspunktet oppleve lavere tilgjengelig sosial støtte, noe som kan føre til ytterligere sosial isolasjon. Litteraturgjennomgangen viser at noen eldre metadonpasienter velger å isolere seg for å beskytte seg (Smith & Rosen, 2009).

Kun i overkant av 10 % av LAR pasientene, mottar psykiatrisk behandling (Waal, 2013). Dette er svært lavt i forhold til den høye andelen med psykiske vansker i LAR behandling. Disse tallene sier ikke noe om aldersforskjeller, men bekrefter tendensen som er registrert i resultatene i denne studien. Hva de lave behandlingstallene skyldes, er muligens komplekst, men bør undersøkes nærmere. De fleste informantene fortalte om problemer i retning av depresjon, tilbaketrekning og tiltaksløshet. Allikevel hadde ingen kliniske diagnoser eller mottatt behandling for disse plagene. En fortalte spesielt om at han opplevde å være nedprioritert i poliklinisk behandling i DPS, de andre hadde ikke snakket med noen om dette i stor grad. Disse beskrivelsene av i større grad i tråd med tidligere studier fra USA som konkluderer med at den alderne pasienten i substitusjonsbehandling opplever flere barrierer til behandling for psykiske

plager. Dette kan også være kohort avhengig- at denne generasjonen i mindre grad er vant med å snakke om psykiske lidelser på likhet med normalbefolkningen. Det er også grunn til å tro at dette kan være kjønnsavhengig, da fire av informantene var menn og at menn muligens har vanskeligere for å snakke om psykisk helse enn kvinner.

Ønsket om ordinært arbeid ble i den kvalitative delen identifisert som et middel for å dekke flere grunnleggende behov og antas her som en del av den sosiale helsen. At arbeid er en viktig faktor i rehabiliteringsprosessen er ikke nytt, derimot er kanskje de eldre LAR pasientene satt litt til side i den diskusjonen. Mange er uføretrygdet og anses dermed som arbeidsufør. Allikevel kan eldre LAR pasienter kanskje tilfredsstille en arbeidsgivers krav til stabilitet og lojalitet bedre enn yngre pasienter. Det ble ikke funnet noen studier omkring dette tema i litteraturgjennomgangen. Fire av fem informanter i denne studien hadde lengre perioder med lønnet arbeid bak seg og den erfaringen kan spille inn i vurderingen om hva som er viktig fremover også. På den måten er det vanskelig å vite om motivasjon for arbeid også gjelder dem uten samme erfaring- har dette sammenheng med alder eller tidligere erfaring?

6.3 LAR

Flere av informantene i denne studien opplevde at fastlegen ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om LAR. Informantene hadde samme opplevelse hva gjelder TBS når det kommer til det å bli eldre i LAR og spesielt med tanke på å avslutte behandlingen. Temaet om avslutning av LAR er ikke funnet i litteraturgjennomgangen. Derimot konkluderer Firoz & Carlson (2004) med at eldre pasienter gjør det bedre i metadon behandling enn yngre pasienter og Farred (2009) finner at det går bedre med de eldre metadonpasientene som blir i behandling, enn de som avslutter. Tilsvarende resultater som sistnevnte studie er funnet i Norge uavhengig av alder (Waal, 2013) og er noe av grunnen til at LAR behandling regnes av mange som livslang behandling. Allikevel fremstår ønsket om å avslutte LAR som et “være eller ikke være” for de fleste informantene i denne studien når det kommer til tanker om fremtiden og alderdommen. Conner & Rosen (2008) fant imidlertid at stigma knyttet til alder og metadon var barrierer for å opprettholde kontakt med såkalte «methadone clinics» og å motta metadonbehandling. Tatt i betraktning organisatoriske forskjeller og innhold i disse tjenesten som ikke er kjent for meg, kan det se ut til at noen beskrivelser samsvarer med det informantene forteller i denne studien. I så fall vitner det om forskjellig tilnærming og tolkning av data. Conner & Rosen (2008) tolker stigmaene som hindringer for metadonbehandling og mener at resultatene impliserer at hjelpeapparatet må

jobbe med å bryte ned stigma slik at pasientene kan motta de tjenestene de er i behov av. I denne studien er ønsket om å avslutte LAR behandlingen tolket som motivasjon til å dekke grunnleggende sosiale behov, behov for trygghet og respekt og anseelse. Det kan tenkes at disse behovene ville kunne dekkes dersom stigma knyttet til aldring og LAR ble jobbet med. På en annen side synes det uklokt å avvise informantenes ønske om å avslutte LAR på en forsvarlig måte dersom de allikevel vil komme til å avslutte på egenhånd. I det minste må deres ønske tas alvorlig og de må få kunnskap og informasjon slik at de kan ta et reelt valg, eventuelt hjelpes på andre måter. Det kan for eksempel tenkes at de diffuse plagene som tolkes som bivirkninger ville blitt bedre dersom adekvat psykisk behandling ble gitt.

På grunn av organisatoriske forskjeller i helseforetakene, ville det være interessant å vite noe om disse utfordringene på landsbasis.

6.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens mål er å forebygge, iverksette tidlig innsats, tilby tjenester i nærhet til pasientens bosted- altså overføre flere oppgaver til kommunene og gi brukere sterkere medvirkning i egen behandling (Sosial- og helsedepartementet, 2009).

Det kan være flere grunner til å jobbe forebyggende overfor de eldre LAR pasientene. Ut i fra resultatene vil forebyggende tiltak i hovedsak være knyttet til psykisk og fysisk helse og i sær depresjonsforebygging og forebygging av sosial isolasjon. Arbeid og rusfrie møteplasser kan være mulige tiltak i den sammenheng. Bearbeiding kan også ses på som forebyggende tiltak. Det er også grunn til å anta at forebyggende tiltak vil være nyttige hos pasienter ned til 40 år.

Intervenerende tiltak overfor denne gruppen er også forebygging av tilbakefall for de eldre LAR pasientene. Spesielt dersom flere velger å avslutte behandlingen. Forskning viser at å avslutte LAR øker tilbakefall og overdoser. Hvis de ikke får tilrettelagt hjelp til avslutning, kan man dermed anta at sjansen øker for tilbakefall og overdose hvis avslutningen ikke gjøres på forsvarlig måte. De kvalitative resultatene fra denne studien viser i midlertid at slike ønsker bør tas alvorlig hos de eldre LAR pasientene. Deres motivasjon ser ut til å være så sterk at de kanskje vil komme til å gjøre dette på egenhånd uansett.

Informasjon og brukermedvirkning er også tiltak som ser ut til å være viktig for de eldre LAR pasientene. Andelen individuelle planer er lav i LAR. Dette kan skyldes at pasientene ikke ønsker dette tilbudet. Men med tanken på at deltakerne i denne studien viser slik vilje til endring

og samtidig opplever å være nedprioritert i behandlingsapparatet, ville IP muligens være et godt tiltak for denne gruppen. Det blir også viktig å øke kunnskapen om naturlig aldring og langtidsvirkning av LAR behandlingen for at pasientene skal kunne ta en reelt informert valg om å avslutte.

Håpet om en god alderdom kan virke paradoksalt sett opp mot funnene i litteraturgjennomgangen og det informantene forteller om i denne studien. På den andre siden er håpet knyttet til motivasjon for en god alderdom. Dermed kan man anta at dette er en gruppe som vil profitere på behandling og forebygging. Kanskje er det også sårbar at vi har muligheten til å forebygge at en voksende gruppe mennesker blir tidlig hjelpetrengende i fremtiden?

6.5 Hvilken betydning har predikasjonen?

Vi ser en aldrende pasientgruppe i LAR, som i fremtiden også kan forventes å øke i omfang. Allikevel kan ikke antall eldre LAR pasienter fordelt på hver kommune ventes å bli særlig stor. Det er derfor ikke implikasjoner for å iverksette særskilte tiltak til denne gruppen, men heller implementering av kompetanse og handlekraft i eksisterende tiltak.

På en annen side utgjør LAR pasienter over 50 år en betydelig andel av den totale LAR populasjonen og antallet vil øke i fremtiden. Dette er en gruppe som antakelig vil ha andre behov knyttet til LAR behandlingen enn yngre pasienter. Derfor bør LAR, altså TBS, fastlege og kommunalt rustiltak, ta denne gruppens behov på alvor. I tillegg revideres de Nasjonale retningslinjene for LAR i 2015 og temaet bør omtales i den sammenhengen også.

7 Konklusjon

Denne studien viser at eldre LAR pasienter i stor grad har et positivt syn på det å bli eldre og at de ønsker å finne sin plass i samfunnet. De er stort sett fornøyde med oppfølging og behandling av somatiske plager fra fastlege og spesialisthelsetjenesten. Derimot ser det ut til å være større misnøye med LAR- og i denne sammenhengen gjelder det fastlegens rolle og TBS. De ønsker større tilpasning til deres aldersgruppe og for de fleste handler det om hjelp til å avslutte behandlingen. Mye frustrasjonen er knyttet til mangelfull informasjon og kunnskap om langtidsvirkning av LAR og til opplevelsen av å ikke bli hørt eller tatt på alvor i sine ønsker. Det kan se ut til at pasientgruppen er nedprioritert hva gjelder psykisk helsehjelp og TBS, eller at tiltakene ikke er tilrettelagt deres behov. Dette er et paradoks tatt i betraktning den store motivasjonen de utviser for å gjøre forandring i livet og den samfunnsøkonomiske gevinsten det vil være å forebygge blant annet økte sykehusinnleggelser.

Generelt mangler det systematisert kunnskap om eldre LAR pasienter og spesielt knyttet til norske forhold. Kunnskap om behandling er så å si fraværende. Informantene i denne studien utviser stor motivasjon for å gjøre forandringer i livet, noe som underbygger behovet for mer kunnskap om behandlingstiltak. På grunn av organisatoriske forskjeller i helseforetakene, ville det være interessant å vite noe om disse utfordringene på landsbasis.

Framskrivningen viser at de eldre LAR pasientene vil utgjøre en stor del av den totale LAR populasjonen i fremtiden, men at fordelingen i kommunen allikevel vil være relativt liten. Det ser derfor ikke ut til å være behov for å etablere særskilte tiltak for denne gruppen, men å integrere tilpasset behandling gjennom eksisterende tiltak. Dette er muligens med unntak av TBS og kommunale tiltak som er en del av LAR.

Alt i alt avdekker denne oppgaven mangelfull kunnskap om en gruppe pasienter som vil øke i fremtiden. Resultatene fra dybdeintervjuene viser at denne gruppen har hjelpebehov hovedsakelig knyttet til tilrettelegging av LAR, psykisk og sosial helse og behov for økt kunnskap, informasjon og deltakelse i egen behandling. På en annen side gir resultatene flere spørsmål enn svar og det er stort behov for kunnskapsutvikling på fagfeltet knyttet til norske forhold.

Litteraturliste

Allardt, E (1975). *Att ha, att älska, att vara*. Lund: Argos.

Allardt, E (1998). *Det goda samhället: Velfard, livsstil og medborgardygder*. Tidsskrift for velferdsforskning, 1,3, 123-133.

Beynon, Caryl (2009). *Drug use and ageing: older people do take drugs! Age and Ageing* 2009; 38: 8–10

Blazer, D. G., & Wu, L. T. (2009). *The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: National survey on drug use and health*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 17, 237–245.

Braut, Geir Sverre (2009, 13. februar). Helse. I Store medisinske leksikon. Hentet 8. januar 2014 fra <http://sml.snl.no/helse>

Conner & Rosen (2008): *“You're Nothing But a Junkie”: Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone Maintenance Population*. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 8:2, 244-264

Daatland, Solem (2009) *Aldring og samfunn- en innføring i sosialgerontologi*. Fagbokforlaget: Bergen.

Doukas (2011). *Older Adults in Methadone Maintenance Treatment: A Literature Review*. Journal of Social Work Practice in the Addictions.

Egedal (2013) i Store Medisinske leksikon. Hentet fra: <http://sml.snl.no/alderdom>

Erikson, Erik H (1968) *Barndommen og samfunnet*. (2. utgave, 1. opplag). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Fareed, A., Casarella, J., Amar, R., Vayalapalli, S., & Drexler, K. (2009). *Benefits of retention in methadone maintenance and chronic medical conditions as risk factors for premature death among older heroin addicts*. Journal of Psychiatric Practice, 15, 227–234.

Fekjær, Hans Olav (2007). *RUS*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Fenomenologi (2013) i Wikipedia. Hentet fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/Fenomenologi>
- Firoz, Carlsen (2004). *Characteristics and Treatment Outcome of Older Methadone-Maintenance Patients*. The American Journal of Geriatric Psychiatry.
- Folkehelseinstituttet (2012). *Levealder- faktaark med statistikk om forventede levealder i Norge*. Hentet 23.05.13: <http://www.fhi.no/eway/default.aspx>
- Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). (2009) FOR-2009-12-18 1641. Hentet fra <http://www.lovdata.no>
- Fossum (2013) i Store medisinske leksikon. Hentet fra: <http://sml.snl.no/aldring%2Fmedisin>
- Gammersvik mfl. (2013) *Forebygging, behandling og utredning av psykiske lidelser hos eldre*. Veileder 07/13. Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/IS-2099%20Eldreveileder.pdf>
- Gossop, M., & Moos, R. (2008). *Substance misuse among older adults: A neglected but treatable problem*. *Addiction*, 103, 347–348.
- Grav S, H. O., Romild U, Stordal E. (2011). *Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey*. *Journal of Clinical Nursing*.
- Grella CE, Lovinger K. (2012) *Gender differences in physical and mental health outcomes among an aging cohort of individuals with a history of heroin dependence*. *Addict Behav.* 37(3):306-12.
- Han, Gfroerer, Colliver & Penne (2009). *Substance use disorder among older adults in the United States in 2020*. *Addiction*, 104, 88–9
- Hauge, Ragnar (2009). *Rus og rusmidler gjennom tidene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2011). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR-retningslinjen)*. IS 1701.
- Hjort, P (1998) *Tanker om alder, arbeid og pensjon* i NOU 1998: 19: «Fleksibel pensjonering» utgitt av Finans- og tolldepartementet.

Johansen, Aud (Pågående prosjekt: 2013-2016) *Bruk av alkohol og psykofarmaka - er dette i fokus ved behandlingen og tilrettelegging av tjenester til alderspsykiatriske pasienter.*

Pågående prosjekt. Aldring og helse- National kompetansetjeneste. Hentet fra:
<http://www.aldringoghelse.no>

Keilman,N, Pham, D Q (2005). *Hvor lenge kommer vi til å leve? Levealder og aldersmønster for dødeligheten i Norge, 1900–2060*». Økonomiske analyser 6/2005 [elektronisk versjon].

Kritz S, Chu M, John-Hull C, Madray C, Louie B, Brown LS Jr. (2009). *Opioid dependence as a chronic disease: the interrelationships between length of stay, methadone dose, and age on treatment outcome at an urban opioid treatment program.* J Addict Dis. 28(1):53-6.

Kvale, Steinar (2001). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kvaal, Bjørn (2009, 24.03). *Rusmisbrukere klarer for eldrehjem.* Hentet fra:
http://rop.no/artikler/Etter_dato/rusmisbrukere_klare_for_eldrehjem[http](#).

Li-Tzy Wu and Dan G. Blazer (2010). *Illicit and Nonmedical Drug Use among Older Adults: A Review.* Aging Health 23: 48

Lofwall, Brooner, Bigelow, Kindbom, & Strain (2005). *Characteristics of older opioid maintenance patients.* Journal of Substance Abuse Treatment, 28, 265–272.

Lunde, Linn-Heidi (2010). *Skadelig bruk av rusmidler hos eldre- et ikke tema blant fagfolk?* Demens & Alderspsykiatri vol. 14, nr. 3.

Malterud, Kirsti (2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger.* Tidsskrift for Den norske legeforening, Nr. 25.

Malterud, Kirsti (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, Kirsti (2013). *Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis.* Scandinavian Journal of Public Health, 41 (6).

Maruyama, Macdonald, Borycki, Zhao (2009). *Hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and depression among older methadone maintenance patients in British Columbia.* Drug and Alcohol Review. Canada.

Maslow, A. H. (1943) *A theory of human motivation*. Psychological Review, Vol 50(4), Jul 1943, 370-396. (Elektronisk versjon).

Maslows behovspyramide (2013) i Wikipwdia. Hentet fra:
http://no.wikipedia.org/wiki/Maslows_behovspyramide

Moy m.fl (2011) *Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems*. European Geriatric Medicine 2 (2011) 212-236

Mæland, JG (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ose Solveig Osborg (2013). *Samhandlingsreformen svekker psykisk helsearbeid*. Hentet fra
<http://www.forskning.no/artikler/2013/januar/346994>

Patterson, Jete, (1999). *The potential Impact of the Baby- Boom Generation on Substance Abuse Among Elderly Persons*.

Rajaratnam m.fl (2009). *The aging methadone maintenance patient: treatment adjustment, long-term success, and quality of life*. Department of Psychiatry, Beth Israel Medical Center, New York, New York, USA.

Rosen D, Smith ML, Reynolds (2008). *The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients*. American Journal Geriatric Psychiatry;16 (6):488-97.

Rosen, D. (2004). *Factors associated with illegal drug use among older methadone clients*. Gerontologist, 44, 543–547.

Rosen D. Morse JQ. Reynolds (2011) *Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment*. Journal of Substance Abuse Treatment. 40(2):132-41.

RusStat – Rusmiddelstatistikk på net (2014). Hentet fra: <http://statistikk.sirus.no/sirus/>

Skeie, Ivar (2008). *Somatic morbidity among dependent opioid users before, during and after opioid maintenance treatment*. BMC Public Health.

Skretting, Astrid. (1997). *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo, Del 1* [elektronisk versjon]. SIFA rapport Nr 4/97. Oslo. Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning.

Skretting, Astrid (2010) *Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere* [elektronisk versjon]. Fortid nr. 4, s 36-42.

Smith, M., & Rosen, D. (2009). *Mistrust and self-isolation: Barriers to social support for older adult methadone clients*. Journal of Gerontological Social Work, 52, 653–667.

Sosial- og helsedepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter.

Stephens m.fl. (2013). *Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women*. Elektronisk versjon: <http://www.pnas.org/content/110/15/5797.full.pdf+html>

Store medisinske leksikon (elektronisk utgave) <http://sml.snl.no/>

Tjora (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Tuchman, E. (2010). *Menopause symptom attribution among midlife women in methadone treatment*. Social Work in Health Care, 49, 53–67.

Tuchman, E. (2007). *Exploring the prevalence of menopause symptoms in midlife women in methadone maintenance treatment*. Social Work in Health Care, 45(4), 43–62.

Velferdsetaten (10.04 2014). *Prosjekt LASSO – samhandling i praksis*. Hentet fra: www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/Microsoft%20Word%20-%20lasso%20info.pdf

WHO (2013) *World Health statistics- 2013*. World Health Organization. Hentet fra: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf?ua=1

Vossius, Corinna m.fl. (2009) *Allsang, bingo og gudstjeneste passer ikke våre beboere*. Tidsskriftet Sykepleien, 9/09. Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/Content/200267/Rus%20p%C3%A5%20sykehjem%20siste86.pdf>

Waal H., Clausen T. Thoresen M., Gossop M. (2009) *Mortality among opiate users: Opioid maintenance therapy, age and causes of death*. Addiction. 104 (8) (pp 1356-1362), 2009.

Waal mfl. (2013). *Statusrapport 2012- LAR som det vil bli framover?* Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2012. SERAF Rapport 1/2013

Ødegård, Einar (2011). *En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikkens meningsforankring*». Hentet fra: <http://sirus.no/nor/Publikasjoner/>

Vedlegg 1: Forespørsel A

Forespørsel om deltakelse i intervju

Jeg heter Hege Nyhagen og er sykepleier i Rustjenenestens Helseavdeling i [redacted] Kommune. Jeg holder nå på med videreutdanning i Psykososialt arbeid/ Rus og avhengighet ved Universitetet i Oslo. I denne forbindelsen skal jeg lage et skriftlig arbeid, en såkalt masteroppgave som skal gi ny kunnskap som har betydning for fagfeltet.

Jeg har lenge vært opptatt av at de brukerne jeg har kontakt med som blir eldre, og da spesielt pasienter som mottar LAR behandling. Mange har forskjellige former for bekymringer og noen er usikre på hvordan de vil bli mottatt om de trenger hjelp fra tiltakene for eldre. Jeg synes det er viktig at deres opplevelser rundt dette blir belyst. I den forbindelse vil jeg gjerne intervju ca. 10 personer i [redacted] som er 58 år eller eldre og som er i LAR.

Intervjuet vil foregå etter individuelle avtaler. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og vil vare i ca. en time. I oppgaven vil jeg kun bruke det personene sier, ikke navn eller annet som kan gjøre personene gjenkjennelig.

Deltagelse er selvsagt frivillig.

Ønsker du å være med på? Eller har du flere spørsmål?

Du kan enten kontakte meg direkte, ellers så kan din kontakt i [redacted] hjelpe deg med dette.

Jeg ser fram til å snakke med deg!

Vennlig hilsen

Hege Nyhagen

Tlf: [redacted] eller [redacted]

Vedlegg 2: Forespørsel B

Forespørsel om deltakelse i undersøkelsen

«Den aldrende LAR pasienten»

Bakgrunn og hensikt

Bakgrunnen for denne studien er at rusmiddelavhengige, og da spesielt de i LAR-behandling, blir eldre enn tidligere. Noen mener at denne gruppen også vil fortsette å øke i fremtiden.

Oppgavens målsetting er å bidra til bedre kunnskap om de vansker og muligheter som er å finne på dette feltet. Dette kan gi viktig kunnskap om hva hjelpeapparatet bør fokusere på overfor denne gruppen og øke bevisstheten rundt denne problematikken generelt.

Noen av spørsmålene denne studien søker svar på er: Hva sier pasienten selv om aldring ut i fra sin egen situasjon? Hvilke problemer og behov vil melde seg når LAR pasienten blir eldre og hvilke utfordringer vil dette medføre for hjelpeapparatet?

Hva innebærer studien?

For å kunne innhente denne kunnskapen er det avgjørende å snakke med pasientene selv. Det er derfor ønskelig å intervju ca. 10 personer i LAR behandling som er 60 år eller eldre. Intervjuene vil foregå etter individuelle avtaler. Intervjuet blir tatt opp på bånd og vil vare i ca. 1 time.

Hva skjer med informasjonen om deg?

I oppgaven brukes kun det som blir sagt under intervjuet. Navn, og annet som kan gjøre deg gjenkjennelig, anonymiseres. Opptakene vil bli slettet etter at intervjuene er nedskrevet og anonymisert. Ingenting vil kunne føres tilbake til deg.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi grunn, trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner

du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke ditt samtykke. Ønsker du å trekke deg, eller har spørsmål om studien, kan du kontakte meg på tlf: 46948566.

Kapittel A- utdypende forklaringer av hva studien innebærer.

- Kun personer i LAR behandling over en gitt alder kan delta i studien.
- Bakgrunn for studien er den antatte økningen av eldre i LAR-behandling og at kunnskapen ser ut til å være sparsom på feltet.
- Dersom du velger å avstå fra å delta i studien, vil ikke dette føre til noe endring i din behandling.
- Det eneste du skal delta i, er et intervju om temaet «LAR og aldring».
- Når og hvor intervjuet skal finne sted er noe du og intervjueren avtaler. Dine ønsker rundt dette vil bli tatt hensyn til.
- Studien vil kunne sette fokus på et tema som hjelpeapparatet i dag ikke har så mye kunnskap om. På denne måten kan studien bidra til en forbedring av tilbudet til eldre i LAR behandling.
- Dersom ønsker å snakke med noen i etterkant, vil du få tilbud støttesamtale med din ruskonsulent.
- Du vil få dekket eventuelle transportutgifter i forbindelse med intervjuet.

Kapittel B- Personvern

Personopplysning

Opplysningene som registreres om deg vil være aktuell kontaktinformasjon og det vil bli slettet når intervjuet er nedskrevet og anonymisert. Din deltakelse er kun intervjuet.

Informasjon om utfallet av studien

Den ferdige oppgaven vil bli tilgjengelig og kan sendes deg hvis ønskelig.

Samtykke til deltakelse i studien

«Den aldrende LAR-pasienten»

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Før intervjuet starter:

- Pass på at informanten har lest og signert samtykke.
- Minn informanten om at intervjuet er frivillig og kan avbrytes når det måtte ønskes.
- Minn informanten på at det ikke vil bli gitt kompensasjon for deltakelsen ut over dekning av eventuelle reisepenger.
- Minn informanten om at intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd.

Innledende spørsmål:

- Kjønn
- Alder
- Hvor lenge i LAR
- Hvilket medikament/ dose

Tema 1: Opplevelse av egen aldring?

1. Noen vil oppleve at det er vanskelig å bli eldre. Kan du fortelle hvordan du opplever dette?
2. Noen vil oppleve å få forskjellige kroppslige plager når de begynner å bli eldre.
Hvordan er dette for deg?
Hvilken rolle tror du ditt tidligere rusmiddelmisbruk spiller i dette?
Hvilken rolle tror du LAR- medisinen har med tanke på dette?

Tema 2: Aldring og hjelpeapparatet.

1. Det å bli eldre kan innebære mange forandringer og noen kan ha behov for å snakke om dette. Snakker du med noen om det å bli eldre?
Hvis ja- hvem og hvordan er dine erfaringer med det?
Hvis nei- er det et savn?
2. Kan du fortelle litt om din egen behandlingserfaring fra de siste fem årene?
Hvordan har disse møtene vært?

Tema 3: Fremtiden.

1. Hvilke tanker har du om din egen alderdom i dag?
Hvordan har disse tankene forandret seg de siste årene?
2. Kan du fortelle noe om hva du tror du vil ha behov for i fremtiden?
3. Noen mener LAR pasienter trenger spesialiserte hjelpetiltak når de blir eldre. F. eks egne avdelinger på sykehjem. Hva tenker du om dette?

Avsluttende spørsmål:

Er det noe mer du synes vi bør snakke om?

Hvordan synes du intervjuet har vært?